

## **NOTE TO USERS**

**This reproduction is the best copy available.**

UMI<sup>•</sup>

Université de Sherbrooke

**Les facteurs associés à l'arrêt de l'allaitement maternel avant trois mois chez des mères de la région de Chaudière-Appalaches**

Par  
Myrienne Ferland  
Programmes de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé  
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)  
en sciences cliniques avec spécialisation en sciences infirmières

Sherbrooke, Qc, Canada  
Mai, 2011

Membres du jury d'évaluation  
Linda Bell, Ph.D  
Frances Gallagher, Ph.D  
Marie Lacombe, Ph.D, UQAR  
Françoise Courville, UQAC  
Sylvie Jetté, Ph.D.

© Myrienne Ferland, 2011



Library and Archives  
Canada

Published Heritage  
Branch

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque et  
Archives Canada

Direction du  
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Your file Votre référence  
ISBN: 978-0-494-83705-4

Our file Notre référence  
ISBN: 978-0-494-83705-4

**NOTICE:**

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

**AVIS:**

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

Canada

## RÉSUMÉ

### **Les facteurs associés à l'arrêt de l'allaitement maternel avant trois mois chez des mères de la région de Chaudière-Appalaches**

Par

Myrienne Ferland

Programmes de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques avec spécialisation en sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Malgré les résultats presque unanimes des études sur les bénéfices de l'allaitement et malgré les recommandations des organisations en santé, une large proportion de mères allaitent pour une période inférieure à six mois. Le but de la présente étude est de décrire les facteurs maternels ainsi que ceux relatifs à l'enfant, au soutien et à la relation mère-enfant associés à l'arrêt de l'allaitement avant trois mois. La présente étude est basée sur les données d'une étude principale descriptive corrélationnelle réalisée à l'Hôtel-Dieu de Lévis. L'échantillon pour la présente étude est constitué de 138 mères et de leur enfant. Les mères recrutées ont complété des questionnaires auto-administrés. Elles répondaient au premier questionnaire auto-administré (temps 1) lorsque leur enfant avait 48 heures de vie. Par la suite, un questionnaire auto-administré était envoyé par la poste aux participantes à un mois (temps 2) et trois mois (temps 3) suivant la naissance de l'enfant. Les questionnaires complétés par les mères sont : l'échelle d'Édimbourg (Cox *et al.*, 1987); l'échelle de la sensibilité maternelle (Bell *et al.*, 2004) et le Social Behavioral Inventory (Brown, 1986) traduit en français par Goulet *et al.*, (2003). De plus, des données sociodémographiques ont été collectées au dossier de la mère et du bébé. Des analyses descriptives, bi-variées ainsi qu'une analyse de régression logistique ont été réalisées pour répondre aux objectifs de l'étude. Les résultats indiquent que l'intention d'allaiter ( $\chi^2=7,54$ ;  $p=0,02$ ) les difficultés d'allaitement ( $\chi^2=5,10$ ;  $p=0,04$ ) et les problèmes de tétée ( $\chi^2=10,7$ ;  $p=0,004$ ) ainsi que la sensibilité maternelle (découverte (2,30 (2,10-2,55)  $p=0,03$ ) et contact physique (1,70 (1,50-2,15)  $p=0,04$ )) sont associés à l'arrêt de l'allaitement à trois mois de vie de l'enfant. Les résultats de l'analyse de régression logistique démontrent qu'un seul facteur est prédictif de l'arrêt de l'allaitement avant trois mois. Il s'agit de l'intention d'allaiter ( $p=0,04$ ), signifiant qu'une intention ferme d'allaiter constitue un prédicteur de la poursuite de l'allaitement.

Mots-clés : allaitement maternel, sensibilité maternelle, soutien social, dépression postnatale, relation mère-enfant.



## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	3
TABLE DES MATIÈRES .....	4
LISTE DES TABLEAUX .....	6
LISTE DES FIGURES.....	7
REMERCIEMENTS.....	9
INTRODUCTION.....	10
CHAPITRE 1 - PROBLÉMATIQUE.....	11
CHAPITRE 2 - RECENSION DES ÉCRITS .....	18
2.1 DÉFINITION DES DIVERS TYPES D'ALLAITEMENT .....	18
2.2 FACTEURS RELIÉS À L'ARRÊT PRÉCOCE DE L'ALLAITEMENT .....	19
2.2.1 Facteurs reliés à la mère.....	20
2.2.2 Facteurs reliés à l'enfant.....	26
2.2.3 Facteurs reliés à la relation mère-enfant .....	29
2.2.4 Facteurs reliés au soutien social.....	31
2.3 INTERVENTIONS INFIRMIÈRES POUR LE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT .....	33
2.4 ÉTUDE DE PLUSIEURS FACTEURS .....	36
2.5 BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE .....	38
CHAPITRE 3 - MÉTHODE DE LA RECHERCHE .....	39
3.1 ÉTUDE PRINCIPALE .....	39
3.1.1 But et objectif.....	39
3.2 PRÉSENTE ÉTUDE.....	39
3.2.1 Dispositif.....	39
3.2.2 Participantes .....	40
3.2.2.1 Population visée et échantillon .....	40
3.2.2.2 Recrutement des participantes .....	41
3.2.3 Collecte des données .....	41
3.2.3.1 Variables et outils de collecte de données .....	42
3.2.4 Cadre opératoire de la recherche .....	45
3.2.5 Plan d'analyse des données.....	46
3.2.6 Considérations éthiques .....	46
CHAPITRE 4 - RÉSULTATS.....	48
4.1 PARTICIPATION À L'ÉTUDE .....	48
4.2 CARACTÉRISTIQUES DES MÈRES ET DE LEUR BÉBÉ.....	49
4.3 TAUX D'ARRÊT DE L'ALLAITEMENT DE LA NAISSANCE À TROIS MOIS .....	51
4.4 CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DES MÈRES.....	52
4.5 CARACTÉRISTIQUES DES MÈRES ET ARRÊT DE L'ALLAITEMENT .....	53

4.5.1	<i>Caractéristiques des mères à un mois</i> .....	53
4.5.2	<i>Caractéristiques des mères à trois mois</i> .....	56
4.6	CARACTÉRISTIQUES DU BÉBÉ ET ARRÊT DE L'ALLAITEMENT .....	58
4.6.1	<i>Caractéristiques des bébés selon le statut d'allaitement à un mois</i> .....	58
4.6.2	<i>Caractéristiques des bébés selon le statut d'allaitement à trois mois</i> .....	60
4.7	CARACTÉRISTIQUES DE LA RELATION MÈRE-ENFANT ET ARRÊT DE L'ALLAITEMENT .....	61
4.8	CARACTÉRISTIQUES DU SOUTIEN SOCIAL ET ARRÊT DE L'ALLAITEMENT .....	65
4.9	FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE L'ARRÊT DE L'ALLAITEMENT MATERNEL À TROIS MOIS .....	66
<b>CHAPITRE 5 - DISCUSSION</b> .....		<b>68</b>
5.1	DISCUSSION DES PRINCIPAUX CONSTATS .....	68
5.1.1	<i>Près du tiers des mères ont cessé d'allaiter à 3 mois</i> .....	68
5.1.2	<i>Arrêt plus marqué avant le premier mois</i> .....	70
5.1.3	<i>Les mères incertaines quant à leur intention d'allaiter cessent d'allaiter précocement</i> .....	71
5.1.4	<i>Les mères présentant des difficultés d'allaitement à l'hôpital sont plus susceptibles d'avoir cessé l'allaitement à trois mois</i> .....	72
5.1.5	<i>Les mères dont les bébés présentent des problèmes de tétée cessent d'allaiter précocement</i> .....	74
5.1.6	<i>Les symptômes dépressifs ne sont pas associés à l'arrêt précoce de l'allaitement</i> .....	75
5.1.7	<i>Les mères plus sensibles dans les composantes « découverte » et « contact physique » de la relation avec leur enfant sont moins susceptibles d'avoir cessé l'allaitement à un mois</i> .....	76
5.1.8	<i>La qualité du soutien reçu de la part du conjoint et de l'entourage n'est pas associée à l'arrêt précoce de l'allaitement</i> .....	76
5.2	RETOMBÉES POUR LA RECHERCHE .....	79
5.3	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE .....	80
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>82</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....		<b>84</b>
<b>ANNEXE A - QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE - 48 HEURES</b> .....		<b>100</b>
<b>ANNEXE B - QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE - 1 MOIS</b> .....		<b>112</b>
<b>ANNEXE C - QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE – 3 MOIS</b> .....		<b>124</b>
<b>ANNEXE D - APPROBATION DE L'ÉTUDE PRINCIPALE AU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS</b> .....		<b>136</b>
<b>ANNEXE E - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE PRINCIPALE</b> .....		<b>138</b>
<b>ANNEXE F - APPROBATION DE LA PRÉSENTE ÉTUDE AU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU CHUS</b> .....		<b>145</b>
<b>ANNEXE G - AUTORISATION D'UTILISATION DE LA BASE DE DONNÉES DE L'ÉTUDE PRINCIPALE</b> .....		<b>147</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 -	Critères de sélection .....	40
Tableau 2 -	Classification des variables en fonction du temps de mesure .....	45
Tableau 3 -	Caractéristiques des mères .....	50
Tableau 4 -	Caractéristiques des bébés .....	51
Tableau 5 -	Caractéristiques cliniques des mères à 48 heures, un et trois mois.....	53
Tableau 6 -	Caractéristiques des mères selon le statut d'allaitement à 1 mois .	55
Tableau 7 -	Caractéristiques des mères selon le statut d'allaitement à 3 mois .	57
Tableau 8 -	Problème de tétée à 48 heures, un et trois mois .....	58
Tableau 9 -	Caractéristiques des bébés selon le statut d'allaitement à 1 mois..	59
Tableau 10 -	Caractéristiques des bébés selon le statut d'allaitement à 3 mois..	61
Tableau 11 -	Sensibilité maternelle .....	62
Tableau 12 -	Sensibilité maternelle à 48 heures et 1 mois selon le statut d'allaitement à 1 mois .....	63
Tableau 13 -	Sensibilité maternelle à 48 heures, 1 mois et 3 mois selon le statut d'allaitement à 3 mois .....	64
Tableau 14 -	Soutien du conjoint et de l'entourage à 48 heures, un mois et trois mois.....	65
Tableau 15 -	Soutien du conjoint et de l'entourage selon le statut d'allaitement à 1 mois .....	66
Tableau 16 -	Soutien du conjoint et de l'entourage selon le statut d'allaitement à 3 mois .....	66
Tableau 17 -	Facteurs prédictifs de l'arrêt de l'allaitement à trois mois.....	67

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 -	Cadre opératoire de la recherche .....	45
Figure 2 -	Participation à la recherche .....	48
Figure 3 -	Taux d'arrêt de l'allaitement de la naissance à trois mois .....	52

Je dédie cet ouvrage à mes parents, Réal et Thérèse, qui m'ont enseigné la  
persévérance.

## **REMERCIEMENTS**

Plusieurs personnes qui me sont chères ont contribué, chacune à leur façon, à l'accomplissement d'un rêve. Je tiens aujourd'hui à les remercier de m'avoir partagé leur compétence, leur savoir, leur temps ainsi que leur soutien inestimable.

Tout d'abord, je remercie mes directrices de recherche, Mesdames Linda Bell, Frances Gallagher et Marie Lacombe. Je leur dois l'accomplissement de ce projet. Elles m'ont transmis une rigueur professionnelle et une éthique de travail qui seront pour moi des atouts très précieux dans la réalisation de projets dans ma vie professionnelle. Elles m'ont offert un soutien indéniable tout au long de mes études de maîtrise. De plus, elles ont cru en mes capacités personnelles, ce qui m'a permis de me dépasser et de ne pas abandonner. Également, je remercie Éric Yergeau pour son soutien lors de l'analyse des données de l'étude. Mon appréciation est importante à l'égard de mes parents ainsi que Liette, Jean-Étienne, Audrey et Isabelle qui se sont souciés de mon expérience personnelle à l'intérieur du processus de maîtrise et m'ont étroitement accompagnée. Mes remerciements s'adressent également à Gaétan et à mes beaux-parents qui se sont intéressés au cheminement de mes travaux. Je les aime et les remercie tous de remplir ma vie de mille plaisirs. Aussi un grand merci à tous ceux qui ont été à mes côtés tout au long de mes études de maîtrise. C'est avant tout mon conjoint Rémi que je remercie. Il a été mon plus proche allié dans cette grande aventure et a vécu avec intensité les tumultes et les sacrifices associés à la réalisation de ce projet. Je lui suis reconnaissante pour son soutien infaillible.

Je remercie les organismes suivants pour leur soutien financier :

- La Fondation Desjardins (Bourse d'études Girardin-Vaillancourt)
- L'Université de Sherbrooke (Bourses institutionnelle et Denise Paul)
- L'Ordre régional des infirmières et des infirmiers de l'Estrie (ORIE)  
(Bourse d'étude en recherche et soutien financier à long terme)

## INTRODUCTION

Cette étude a pour objet de décrire les facteurs maternels ainsi que ceux relatifs à l'enfant, à la relation mère-enfant et au soutien qui sont associés à l'arrêt de l'allaitement avant trois mois. En ce sens, elle examine l'arrêt précoce de l'allaitement maternel. Ce travail donne lieu à l'élaboration de pistes d'action pour continuer la poursuite d'éventuelles recherches.

Le premier chapitre décrit la problématique liée à l'arrêt de l'allaitement et situe l'étude dans le courant des recherches actuelles sur l'allaitement. Le deuxième chapitre présente la recension des écrits. Il fait le point sur l'état actuel des connaissances sur l'allaitement, principalement sur les facteurs associés à l'arrêt de l'allaitement. Le troisième chapitre expose les aspects méthodologiques de l'étude principale et de la présente étude. Les résultats de la recherche sont décrits au chapitre quatre. Ce chapitre présente les caractéristiques des personnes ayant participé à la recherche de même que les particularités de la relation mère-enfant. Les liens observés entre ces caractéristiques et l'arrêt de l'allaitement sont exposés. Le dernier chapitre consiste en une discussion des résultats. Les principaux constats sont examinés à la lumière de l'état actuel des connaissances et sont discutés. Des retombées possibles de cette étude pour l'intervention auprès des familles, les forces et les limites de la recherche de même que pour la poursuite des travaux de recherche sur l'arrêt précoce de l'allaitement sont proposées.

## CHAPITRE 1 - PROBLÉMATIQUE

Au cours des 20 dernières années, l'allaitement maternel a connu un essor important au Canada. Alors qu'au début des années 80, à peine 60% des mères canadiennes allaitaient leur enfant à la naissance, ce sont maintenant plus de 85% d'entre elles qui allaitent leur enfant (Santé Canada, 2003). Selon l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes menée en 2003, 85% des mères ont déclaré avoir essayé d'allaiter comparativement à 76% chez les mères québécoises (Santé Canada, 2003). Par ailleurs, l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ, 2006) estime que 62% des enfants sont allaités jusqu'à l'âge de trois mois comparativement à 47% des enfants qui étaient allaités en 2000 durant la même période (Dubois, Bédard, Girard et Beauchesne, 2000 ; ISQ, 2006). Plus spécifiquement, l'enquête sur l'allaitement au Québec révèle que 50,7% des enfants sont allaités à trois mois dans la région de Chaudière-Appalaches (ISQ, 2006). Cette augmentation significative des taux d'initiation de l'allaitement est en partie attribuable aux recommandations des organismes officiels en santé, tel que l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2003), Santé Canada (2004), la Société Canadienne de pédiatrie (2005) et l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ, 1999).

En effet, depuis 1978, la promotion et la protection de l'allaitement est devenue un des objectifs principaux pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fond des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Les organisations internationales, nationales et gouvernementales ont appuyé ces efforts, notamment par l'élaboration de normes de pratique pour les professionnels de la santé impliqués auprès des femmes. Par la suite, de nombreuses recommandations ont été élaborées pour encadrer cet objectif. Il s'agit principalement du Code international de commercialisation des substituts de lait maternel, des Dix conditions pour favoriser le succès de l'allaitement maternel, de la Déclaration d'Innocenti, de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IAB) et des Lignes directrices en matière d'allaitement maternel (OMS, 2001).



Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a été adopté à Genève pour protéger et faire la promotion de l'allaitement à travers le monde (OMS, 1981). Le but ultime du Code est de procurer aux nourrissons une nutrition adéquate en protégeant et encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts de lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires. De plus, il spécifie le rôle des diverses instances quant à la commercialisation des substituts de lait maternel, soit celui des gouvernements, des systèmes de soins de santé, des regroupements professionnels et des fabricants de préparation commerciale. À titre d'exemple, soulignons qu'un énoncé porte sur l'interdiction de la distribution d'échantillons de substituts de lait maternel gratuits aux femmes enceintes ou aux parents, car cette pratique est reconnue comme étant nuisible à l'allaitement (OMS, 1981).

Les dix conditions (OMS, 1989) quant à elles, ont été formulées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF qui stipule que tout établissement de santé doit encourager, soutenir et promouvoir l'allaitement maternel. En guise d'exemple, une condition est à l'effet que les professionnels de la santé devraient laisser le bébé avec sa mère 24 heures par jour. Ainsi, le bébé devrait recevoir tous les soins dans la chambre de sa mère et ne devrait pas être amené à la garderie la nuit.

La Déclaration d'Innocenti (OMS, 1990), émise par l'OMS, suggère quatre cibles que devraient viser les gouvernements de chaque pays. Il est recommandé de mandater un coordonnateur national doté de pouvoirs appropriés et de former un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel. Celui-ci est composé de représentants des services gouvernementaux, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé. En deuxième lieu, il est nécessaire de s'assurer que chaque établissement offre des soins de santé qui respectent les dix conditions pour le succès de l'allaitement. Troisièmement, il est recommandé d'appliquer le Code international de

commercialisation des substituts du lait maternel ainsi que d'adopter des lois et mesures pour protéger le droit d'allaiter pour les femmes qui retournent au travail.

L'Initiative des hôpitaux amis des bébés (OMS, 1991) a été mise en œuvre dans l'optique d'offrir une certification aux hôpitaux. Elle encourage l'initiation de l'allaitement de même que sa continuité en créant un environnement favorable aux mères et aux bébés. Au Canada, l'IHAB a été transformée pour devenir l'Initiative amis des bébés (IAB) pour inclure les centres de santé et de services sociaux (CSSS). En effet, le soutien de la communauté est nécessaire afin que les familles reçoivent de l'information pertinente et à jour au cours de la période prénatale, périnatale et postnatale et de permettre à celles qui décident d'allaiter de vivre une expérience positive et d'atteindre leur objectif d'allaitement. Cette initiative est fondée sur les dix conditions pour le succès de l'allaitement (OMS, 1991) ainsi que sur le respect du Code international de commercialisation des substituts de lait maternel (OMS, 1989). L'IAB a pour but que toutes les mères aient la possibilité de prendre une décision éclairée à propos de l'alimentation de leur enfant et de profiter d'un environnement favorisant l'allaitement. Bref, cette initiative constitue un standard élevé de qualité reconnu à travers le monde.

Le Comité Canadien pour l'allaitement (CCA, 1998) a élaboré de nombreux documents afin de mettre en œuvre cette initiative. Au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a formulé ses lignes directrices en matière d'allaitement maternel (MSSS, 2001). On y recommande: l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de la vie de l'enfant ainsi que la poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins un an et ensuite, aussi longtemps que la mère et l'enfant le désirent.

Le rôle du Ministère de la Santé et des Services sociaux est d'intervenir pour appliquer l'Initiative des amis des bébés (IAB), organiser le soutien à l'allaitement, assurer le suivi et l'évaluation des taux d'allaitement, et enfin amener les autres secteurs à s'intéresser à l'allaitement et à le protéger. Le ministère a créé le Comité

québécois en allaitement pour s'assurer de l'élaboration des stratégies nommées précédemment. Toutes ces instances appuient l'importance de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois parce qu'il constitue le meilleur aliment pour l'enfant jusqu'à cet âge (Santé Canada, 2004).

L'enfant allaité exclusivement jusqu'à l'âge d'au moins six mois bénéficie des nombreux avantages que procure le lait maternel pour sa santé et son développement (AAP, 2005; Agency for Health Research and Quality, 2007; Kramer *et al.*, 2001). Plus l'enfant est allaité longtemps de façon exclusive, moins il aura d'infections respiratoires, d'otites et de diarrhées (AAP, 2005; Agency for Health Research and Quality, 2007; Kramer *et al.*, 2001). De plus les bébés allaités ont moins de risque de développer une bactériémie, une méningite bactérienne, une infection des voies urinaires, une entérocolite nécrosante et une anémie ferriprive (AAP, 2005; Agency for Health Research and Quality, 2007; Kramer *et al.*, 2001). Également, le lait maternel aurait un effet protecteur contre certaines maladies chroniques telles que la maladie de Crohn, l'hypercholestérolémie, l'asthme, la leucémie, le diabète de types 1 et 2, le surplus de poids et l'obésité (AAP, 2005; Agency for Health Research and Quality, 2007; Kramer *et al.*, 2001). Selon l'étude de Kramer *et al.*, (2008a), il semble que les enfants allaités présentent de meilleures fonctions cognitives que les enfants n'ayant pas été allaités. Cette étude randomisée a été réalisée auprès de 13889 enfants suivis pendant six ans et demi au Belarus. À ce jour, il s'agit de la plus vaste étude sur échantillon aléatoire jamais réalisée au sujet de l'allaitement maternel. Aussi, selon les observations empiriques, l'allaitement répond aux besoins de chaleur, de nourriture, de succion et de contact physique du bébé (Bayot, 2005; Razurel, 2003).

L'allaitement est aussi bénéfique pour la santé des mères (Labbok, 2001). En effet, il diminue le risque d'hémorragies, il permet un retour plus rapide au poids prégravidique et réduit le niveau d'hormones sécrétées en réponse au stress (Kramer *et al.*, 2001; Agency for Health Research and Quality, 2007). À long terme, il réduit les risques de cancer du sein (Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 ;

Jerstrom *et al.*, 2004; Lancet, 2002; World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2007), de cancer des ovaires (Agency for Healthcare Research and Quality, 2007; American Institute for Cancer Research, 2007; Rosenblatt et Thomas, 1993) ainsi que le risque d'ostéoporose (Agency for Healthcare Research and Quality, 2007; Paton *et al.*, 2003). De plus, l'allaitement procure à la mère un sentiment de confiance en sa capacité à répondre aux besoins de son enfant (Kramer *et al.*, 2001; MSSS, 2008).

En plus des avantages pour l'enfant et pour la mère, l'allaitement procure des bienfaits au plan de la relation mère-enfant. L'allaitement constitue un moment privilégié de proximité physique et psychologique entre la mère et son enfant, ce qui peut faciliter le lien d'attachement (Brandt *et al.*, 1998). Ainsi, l'allaitement est une expérience relationnelle, une occasion d'échange, de contact, entre la mère et l'enfant (Razurel, 2003). Chaque tétée permet de multiples échanges visuels et verbaux et plusieurs minutes de contact peau à peau (Beaudry *et al.*, 2006).

Par ailleurs, l'allaitement est également associé à une réduction des coûts de santé (Guillemette et Badlissi, 2001; Weimer, 2001). Au Québec, on estime à plus de cinq millions de dollars le montant qui pourrait être épargné en soins de santé si 60% des bébés étaient exclusivement allaités pour une période de trois mois (Guillemette et Badlissi, 2001). L'allaitement entraîne une diminution significative des visites médicales, des hospitalisations et de l'absentéisme au travail pour les parents (Ball et Wright, 1999).

Or, selon une enquête menée par Bell *et al.*, (2006a), un peu plus du quart des mères cessent d'allaiter durant la semaine suivant la naissance de l'enfant. Qui plus est, ce sont plus du tiers des mères qui auront mis fin à leur projet d'allaitement au troisième mois de vie de leur enfant (MSSS, 2008). Il est pertinent de se questionner sur l'arrêt précoce de l'allaitement et d'identifier les mères et leur enfant les plus

susceptibles de ne pas poursuivre leur projet. En effet, trop de mères cessent précocement d'allaiter sans que les causes soient connues.

Les principaux facteurs mis en cause dans l'arrêt précoce de l'allaitement sont les problèmes de lactation (Santé Canada, 2003) ainsi que les problèmes de santé de la mère (Santé Canada, 2003) ou de l'enfant (Yonetama *et al.*, 1994; Smith *et al.*, 2003). Parmi les autres facteurs impliqués dans l'arrêt précoce de l'allaitement, on retrouve le jeune âge de la mère (Dumas et Lepage, 1999), le faible statut socio-économique (Millar et Maclean, 2005) ainsi que le manque de soutien de l'entourage, notamment du père (Falceto *et al.*, 2004). Force est de constater que les études ayant porté sur les facteurs associés à l'arrêt de l'allaitement ont été réalisées selon une perspective mettant en cause des facteurs individuels ou familiaux. Toutefois, l'allaitement est complexe et probablement modulé par plusieurs facteurs reliés à la mère, à l'enfant, à la relation mère-enfant et au soutien social.

À notre connaissance, une seule recherche adopte une perspective réunissant tous ces facteurs dans l'étude de l'allaitement (Tiedje *et al.*, 2002). Cette étude qualitative relève des facteurs liés à la mère, à l'enfant, à la famille, au système de soins de santé, à la communauté ainsi que des facteurs socioculturels qui influencent l'allaitement maternel. Les chercheurs concluent en faisant ressortir que l'allaitement est un phénomène complexe et mettent en évidence l'effet cumulatif des facteurs.

Or, nous sommes d'avis qu'à l'heure actuelle, les facteurs associés à l'arrêt de l'allaitement avant trois mois ne sont compris que partiellement. En somme, de nombreuses études soutiennent qu'il existe une association entre certains facteurs et l'arrêt précoce de l'allaitement (O'Brien *et al.*, 2008; Forster *et al.*, 2006; Henderson, *et al.*, 2003; Scott, 2006b). Or, à notre connaissance, aucune recherche quantitative n'a adopté une perspective ralliant plusieurs catégories de facteurs dans l'étude de l'arrêt précoce de l'allaitement.

Pourtant, dans le cadre de la promotion et du soutien à l'allaitement, il serait fort utile de connaître les principaux facteurs impliqués dans l'arrêt précoce de l'allaitement et ultimement de reconnaître les mères les plus à risque. La présente étude se situe précisément dans cette lignée et vise à décrire la relation d'une part entre des caractéristiques individuelles, de la relation mère-enfant, du soutien social, et d'autre part, l'arrêt de l'allaitement avant trois mois. Les résultats de nos travaux permettront la poursuite des actions et des concertations amorcées dans la promotion et le soutien de l'allaitement maternel au Québec, notamment dans le cadre de l'IAB.

Parmi les retombées anticipées de la présente étude pour la pratique infirmière, notons la mise en œuvre d'interventions mieux ciblées et un soutien supplémentaire pour les mères et leur enfant susceptibles de rencontrer des problèmes dans la poursuite de leur projet d'allaitement. Les infirmières sont les professionnelles de la santé les plus impliquées dans la promotion et le soutien de l'allaitement tant à l'hôpital qu'à la maison. De ce fait, les infirmières ont besoin de connaissances solides sur lesquelles baser leurs interventions. La présente étude est un apport significatif au développement des données probantes concernant les facteurs impliqués dans l'arrêt de l'allaitement, lesquelles pourront guider l'intervention infirmière.

## **CHAPITRE 2 - RECENSION DES ÉCRITS**

La recension des écrits comprend cinq sections. La première section expose les différentes définitions de l'allaitement maternel et la deuxième section traite, quant à elle, des facteurs associés à l'arrêt précoce de l'allaitement. La troisième section porte sur les interventions des infirmières face au soutien de l'allaitement. La quatrième section consiste à présenter les études ayant utilisé un devis à plusieurs facteurs pour étudier l'allaitement. Finalement, le but et les objectifs de l'étude sont présentés dans la dernière section.

### **2.1 Définition des divers types d'allaitement**

La définition de l'allaitement retenue dans le cadre d'une étude influence l'interprétation des résultats obtenus, d'où l'importance de se pencher sur la terminologie propre à l'allaitement et à l'alimentation de l'enfant. Ainsi, nous présenterons les six types d'allaitement reconnus par l'OMS (1991).

L'allaitement exclusif signifie que le nourrisson allaité ne reçoit aucun autre aliment ni boisson que le lait maternel (y compris de l'eau), à l'exception de médicaments, de vitamines et de sels minéraux (OMS, 1991). Le lait maternel exprimé par la mère à l'aide d'un tire-lait et celui d'une banque de lait ou d'une nourrice, sont inclus lorsqu'il est question d'allaitement exclusif.

L'allaitement prédominant se différencie de l'allaitement exclusif du fait que le nourrisson peut recevoir de l'eau, des liquides à base d'eau et des jus de fruits, de même que des médicaments, des vitamines ou des sels minéraux. Cependant, les préparations commerciales pour nourrisson sont exclues de cette forme d'alimentation (OMS, 1991).

L'allaitement mixte consiste en une alternance entre l'allaitement et les substituts de lait maternel, qu'il s'agisse de préparations commerciales pour nourrissons, de céréales ou d'autres aliments (MSSS, 2001).

Aussi, l'allaitement peut être désigné comme étant total, ce qui signifie qu'il comprend tout type d'allaitement, qu'il soit exclusif ou partiel avec peu, moyennement ou beaucoup de lait humain (OMS, 1991).

Le nouveau-né qui est nourri par l'alimentation artificielle ne reçoit pas de lait humain et par le fait même n'est pas allaité comme tel (MSSS, 2001). Ce mode d'alimentation est composé de préparation commerciale pour nourrisson ou de tout autre substitut du lait maternel.

Enfin, l'allaitement total, correspond à tout type d'allaitement, qu'il soit exclusif ou partiel avec peu, moyennement ou beaucoup de lait humain (OMS, 2001).

Comme on peut le constater, la définition de l'allaitement varie selon le type de lait et de suppléments offerts à l'enfant. Dans la majorité des études répertoriées, les auteurs font référence à l'allaitement total. Peu d'études portent sur l'allaitement exclusif étant donné la faible prévalence des nourrissons allaités de cette manière.

## **2.2 Facteurs reliés à l'arrêt précoce de l'allaitement**

Le sevrage correspond à la période pendant laquelle le lait humain est remplacé par d'autres aliments, ce qui survient habituellement lorsque le nourrisson est âgé de quatre à six mois (Greiner, 1996). Ainsi, le sevrage se définit comme un processus menant à l'arrêt complet de l'allaitement (Beaudry *et al.*, 2006). Il est reconnu que l'arrêt de l'allaitement est considéré comme étant précoce s'il survient avant que l'enfant atteigne l'âge de six mois (OMS, 2001).



Des études ont documenté des facteurs associés à l'arrêt précoce de l'allaitement. La recension des écrits a permis de constater que l'arrêt précoce de l'allaitement a été relié, dans les études existantes, à des facteurs concernant la mère, l'enfant ou le soutien social. La présente étude vient compléter ces précédentes études en ajoutant la relation mère-enfant et en étudiant plusieurs facteurs simultanément. Vu le nombre restreint d'études portant exclusivement sur l'arrêt de l'allaitement et pour nous permettre de documenter certains facteurs comme l'intention d'allaiter, nous avons consulté des études sur la poursuite de l'allaitement.

### 2.2.1 Facteurs reliés à la mère

Parmi les facteurs maternels associés à l'arrêt précoce de l'allaitement, soulignons la situation socio-économique, les difficultés de lactation, l'intention d'allaiter, la chirurgie aux seins, les cours prénataux, l'objectif quant à la durée de l'allaitement, le retour au travail ou aux études, le tabagisme et les symptômes dépressifs.

Des auteurs ont établi que les mères défavorisées, c'est-à-dire ayant une faible éducation, un faible revenu et vivant seules, sont plus à risque de cesser précocement l'allaitement (Hamlyn, 2002 ; Kronborg et Vaeth, 2004; Santé Canada, 2003; Taveras *et al.*, 2003). D'ailleurs, il y a consensus dans les écrits en ce moment concernant le fait que les mères défavorisées soient moins susceptibles d'initier et de poursuivre un projet d'allaitement, en faisant la population la plus ciblée par les programmes de soutien à l'allaitement. Par exemple, Taveras *et al.*, (2003), ayant réalisé une étude prospective par questionnaire téléphonique auprès de 1163 mères, ont trouvé que l'arrêt de l'allaitement entre deux et trois mois est plus élevé chez les femmes qui ont une faible éducation, un faible revenu et qui sont célibataires. Qui plus est, la plus récente enquête nationale (n=4365 mères) sur l'allaitement, réalisée par l'Institut de santé publique (2006), rapporte que les mères défavorisées sont les moins nombreuses à poursuivre l'allaitement. En somme, il ne fait pas de doute que les

femmes vivant dans des conditions économiques et sociales difficiles sont plus à risque de mettre fin prématurément à leur projet d'allaitement.

Selon Santé Canada (2003), les difficultés de lactation sont la première cause d'arrêt de l'allaitement. Ainsi, les mères sont plus susceptibles de cesser l'allaitement si elles présentent un problème tels qu'une insuffisance de lait, des gerçures, des crevasses, une mastite, de la douleur ou de la fatigue (Gau, 2004; Lewallen, 2005; Mcleod, *et al.*, 2002; Santé Canada, 2003; Schwartz *et al.*, 2002). Par exemple, dans une enquête réalisée aux États-Unis (n=946), les difficultés d'allaitement représentent la principale raison pour cesser l'allaitement durant les trois premières semaines postpartum (Schwartz *et al.*, 2002). Plus précisément, cette étude rapporte que les femmes qui ont une mastite durant les trois premières semaines suivant la naissance de l'enfant sont six fois plus susceptibles de cesser l'allaitement que celles qui n'en n'ont pas. De plus, les auteurs ont découvert une association significative entre la douleur aux mamelons et l'arrêt de l'allaitement. Aussi, Gau (2004), dans une étude quasi-expérimentale menée au Japon (n=4614 dans chaque groupe) réalisée sur une période de deux mois constatent que les deux premières semaines postpartum représentent un temps critique en lien avec l'arrêt de l'allaitement puisque c'est à ce moment que les femmes vivent plus de difficultés avec leur allaitement.

En ce qui a trait à l'intention d'allaiter, des recherches ont montré que l'intention nuancée d'allaiter était associée à l'arrêt précoce de l'allaitement (Avery *et al.*, 1998; Kronborg et Vaeth, 2004). L'étude d'Avery *et al.*, (1998), réalisée auprès d'un échantillon de 2950 mères aux États-Unis, a démontré que les mères qui arrêtent plus tôt d'allaiter avaient une attitude positive envers le biberon et l'intention d'allaiter moins longtemps. Cette étude était l'une des premières à démontrer la relation entre l'intention d'allaiter et la durée de l'allaitement. Plus récemment, Kronborg et Vaeth (2004), dans une étude d'observation réalisée en Scandinavie, auprès d'un échantillon de 471 dyades mères-bébés, ont évalué l'intention d'allaiter de façon dichotomique, c'est-à-dire, comme étant positive ou négative. Les résultats

révèlent qu'il existe une association significative entre l'intention de la mère et l'arrêt de l'allaitement trois semaines suivant la naissance de l'enfant.

L'association entre une intention ferme d'allaiter et la poursuite de l'allaitement est également bien documentée (Avery *et al.*, 1998; Forster *et al.*, 2006; Lacombe *et al.*, 2010; McLeod *et al.*, 2002; Sullivan, 2004). Par exemple, dans l'étude de McLeod *et al.*, (2002), 490 mères ont répondu à un questionnaire à six et 10 semaines. L'intention d'allaiter se déclinait en trois catégories soit, l'intention d'allaiter, l'intention de donner le biberon et l'intention d'allaiter partiellement. Les auteurs rapportent que 65% des mères qui avaient l'intention d'allaiter à vingt semaines de gestation allaitaient toujours à six et 10 semaines suivant la naissance de leur bébé.

Aussi, Forster *et al.*, (2006), dans une étude randomisée réalisée en Australie auprès de 981 mères, rapportent qu'il existe une relation entre l'intention forte d'allaiter pendant la grossesse et la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois. Pour leur part, Scott *et al.*, (2006b), suggèrent que l'attitude maternelle quant au choix d'alimentation du bébé est un prédicteur plus fort que les facteurs sociodémographiques.

De plus, Sullivan *et al.*, (2004), dans le cadre d'une étude rétrospective menée aux États-Unis auprès d'un échantillon de convenance de 115 primipares ont trouvé que 83,5% des mères ayant l'intention d'allaiter durant la grossesse allaitaient toujours lorsque leur enfant était âgé de quatre mois. L'intention face à l'allaitement était mesuré selon trois catégories soit, l'allaitement exclusif, l'utilisation de préparation commerciale ou l'alimentation mixte. Cependant, il s'agit d'un échantillon de petite taille et les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés.

Les différentes définitions de l'intention d'allaiter utilisées dans les études recensées viennent nuancer les conclusions qu'il est possible d'en tirer. En effet,

certaines écrits portent sur des facteurs apparentés à l'intention. Par exemple, O'Brien *et al.*, (2008), auprès d'un échantillon de 375 mères primipares représentatives de la population, ont trouvé que « l'optimisme face à l'allaitement » était associé à la durée de l'allaitement. Dans une autre étude, c'est le « désir d'allaiter » qui était associé à la durée de l'allaitement (Ladomenou *et al.*, 2007). Noel-Weiss *et al.*, (2006), dans une étude randomisée (n=110) réalisée dans un hôpital tertiaire en Ontario, ont démontré que la « confiance maternelle » concernant l'allaitement est corrélée positivement avec la durée de l'allaitement chez des mères primipares qui veulent allaiter. En somme, malgré la variété des définitions utilisées par les auteurs quant au concept d'initiation de l'allaitement, il semble qu'une intention mitigée d'allaiter soit associée de manière assez constante à l'arrêt précoce de l'allaitement.

Les mères qui ont eu une chirurgie mammaire auraient un risque plus élevé de rencontrer une insuffisance de lactation que celles qui n'ont pas eu ce type de chirurgie (Riordan, 2005). L'habileté à allaiter après une réduction mammaire dépend de l'intégrité des canaux, de l'innervation ainsi que de la quantité de tissu glandulaire retiré (Soderstrom, 1993). Une étude quantitative cas-témoin (n=49 cas et n=96 témoins) réalisée au Brésil concernant l'impact de la réduction mammaire sur la performance d'allaitement a montré que les mères qui avaient subi une réduction mammaire allaitent pendant une période significativement plus courte que les mères n'ayant pas subi de chirurgie (Souto *et al.*, 2003).

Les programmes éducatifs, tels que les rencontres prénatales ont été évaluées quant à leur efficacité à promouvoir l'initiation et la poursuite de l'allaitement (Bertini *et al.*, 2003; Guise *et al.*, 2003; Mcleod *et al.*, 2002). Guise *et al.*, (2003), dans une revue systématique de la littérature (n=35), a conclu que renseigner les mères et les membres de leur système de soutien avant et pendant la grossesse et pointer les bénéfices de l'allaitement tout en expliquant les fausses croyances sont d'importantes stratégies d'intervention pour promouvoir l'allaitement. Cependant, les résultats d'une étude de cohorte prospective (n=490) rapportent que les cours

prénataux ne préparent pas adéquatement les mères à allaiter jusqu'à quatre mois (Mcleod *et al.*, 2002). Ainsi, dans 80 % des cas, les mères ayant participé à cette étude affirmaient ne pas avoir reçu assez de soutien et de conseils en période prénatale pour réussir leur allaitement. En somme, l'importance de l'éducation prénatale dans la poursuite de l'allaitement reste à démontrer. Aussi, les études consultées ne semblent pas faire référence à une éducation spécifique à l'allaitement, ce qui peut, du moins en partie, expliquer les résultats obtenus.

Le fait de se fixer un objectif d'allaitement en termes de la durée souhaitée serait également associé à l'allaitement sur une période plus longue (O'Brien *et al.*, 2008; Blyth *et al.*, 2004; O'Brien et Fallon, 2005; Scott *et al.*, 2006a). Par exemple, une étude descriptive (n=375) réalisée aux États-Unis et portant sur l'influence des facteurs psychologiques sur la durée de l'allaitement, a conclu que la durée visée pour l'allaitement est significativement associée à la durée réelle de l'allaitement (O'Brien *et al.*, 2008). Les autres études recensées ont obtenu des résultats similaires (Blyth *et al.*, 2004; O'Brien et Fallon, 2005; Scott *et al.*, 2006a). En somme, il semble que les mères s'étant fixées un objectif en termes de durée de leur allaitement poursuivent plus longtemps que celles qui n'auraient pas fixé un tel objectif, selon les études consultées.

Le retour au travail ou aux études est également en lien avec l'arrêt précoce de l'allaitement. Les mères qui retournent au travail ou aux études à temps complet allaitent sur une période plus courte (Bell *et al.*, 2006a; Mcleod *et al.*, 2002; Santé Canada, 2003). Selon Santé Canada (2003), le retour au travail ou aux études se retrouve parmi les principales raisons évoquées par les mères pour cesser précocement l'allaitement. D'ailleurs, une enquête (n=272), réalisée dans la région de l'Estrie au Québec afin de documenter les taux et la durée de l'allaitement de même que les facteurs associés à sa poursuite, a trouvé que les mères qui ne travaillaient pas ou qui le font à temps partiel poursuivent davantage leur allaitement (Bell *et al.*, 2006a).

Il semble aussi que le tabagisme est en lien avec l'arrêt précoce de l'allaitement. Les résultats de plusieurs recherches sont unanimes à l'effet que les mères non fumeuses allaitent sur une période plus longue et que le tabagisme diminue la durée de l'allaitement (Donath *et al.*, 2004; Dumas et Lepage, 1999 ; Ladomenou *et al.*, 2007; Mcleod *et al.*, 2002 ; Giglia *et al.*, 2006; Simard *et al.*, 2005). La compréhension de ce phénomène est bien documentée : la nicotine contenue dans le tabac de la cigarette contribue à diminuer le niveau de prolactine, l'hormone responsable de la production de lait, ce qui a pour conséquence de réduire la quantité de lait produit (Di Napoli *et al.*, 2006; Liu *et al.*, 2006; Ward *et al.*, 2001). Par conséquent, les mères ayant une moins grande production lactée ont plus tendance à abandonner la pratique de l'allaitement. En somme, il ne semble faire nul doute que la consommation de tabac réduit l'espérance de l'enfant d'être allaité jusqu'à six mois.

Plusieurs études se sont aussi penchées sur le lien entre les symptômes dépressifs et l'arrêt de l'allaitement (Henderson *et al.*, 2003; MSSS, 2008; Santé Canada, 1999). Au Québec, on estime qu'entre 3 et 20% des mères souffrent de dépression postpartum (MSSS, 2008), ce qui en fait un problème de santé important chez les mères à la période postnatale. L'influence de la dépression postnatale sur la mère, l'enfant et la famille constitue une préoccupation contemporaine en périnatalité et son impact plus spécifique sur le projet d'allaitement est de plus en plus examiné. Par exemple, une enquête ayant pour but de documenter la santé des enfants et des jeunes canadiens (Santé Canada, 1999), montre que les mères déprimées sont plus nombreuses à sevrer leur bébé avant l'âge de trois mois que les mères non déprimées. Aussi, Henderson *et al.*, (2003), ont démontré, auprès d'un échantillon de 1745 mères australiennes, que les mères qui présentent des symptômes élevés de dépression, tels que mesurés avec l'Échelle d'Édimbourg, sont plus à risque de cesser l'allaitement. En effet, les mères ayant une symptomatologie élevée de dépression sont 1,25 fois plus à risque d'arrêter l'allaitement que les mères non déprimées, selon les résultats

obtenus par ces auteurs. D'ailleurs, de nombreuses études rapportent une association entre un haut score de dépression et l'arrêt de l'allaitement et ce, indépendamment de l'outil de mesure utilisé (Tiedje, *et al.*, 2002; Dennis et McQueen, 2009; Dunn *et al.*, 2006; Mcleod *et al.*, 2002 et Taveras *et al.*, 2003). En somme, il semble se dégager un consensus dans les études à l'effet que les symptômes élevés de dépression chez la mère affectent sa capacité à poursuivre l'allaitement pour une durée optimale de six mois.

En somme, le projet d'allaitement est tributaire d'un certains nombre de caractéristiques reliées à la mère. De façon plus robuste, il a été démontré que les mères défavorisées, celles ayant eu des difficultés d'allaitement, celles qui consomment du tabac ou présentent des symptômes élevés de dépression sont plus à risque de cesser précocement d'allaiter. Il est également démontré que les mères n'ayant pas suivi de cours prénataux, ayant subi une chirurgie mammaire, celles ayant une intention mitigée face à l'allaitement, celles n'ayant pas un objectif en termes de durée d'allaitement et celles devant retourner au travail ou aux études, sont également plus susceptibles de mettre fin précocement à leur projet. La très grande majorité des études présentées sont de type enquête, n'utilisent pas une définition uniforme de l'allaitement et examinent l'association entre un ou quelques facteurs et la durée de l'allaitement. Aussi, la plupart des auteurs n'ont pas contrôlé pour les variables confondantes dans leur modèle statistique. D'autres recherches sont donc nécessaires afin de mieux comprendre les facteurs maternels impliqués dans la poursuite ou non de l'allaitement.

### 2.2.2 Facteurs reliés à l'enfant

Parmi les facteurs relatifs à l'enfant les plus souvent associés à l'arrêt précoce de l'allaitement mentionnons, entre autres, l'état de santé, la qualité de la tétée, le poids, le sexe et la consommation de compléments.

Plusieurs études ont affirmé que les enfants qui présentent des problèmes de santé à la naissance, sont allaités pendant une période plus courte que les enfants en bonne santé (Guillemette et Badlissi, 2006; Millar et Maclean, 2005; Santé Canada, 2003; Smith *et al.*, 2003). Par exemple, Smith *et al.*, (2003), dans une étude descriptive menée auprès de 36 dyades mère-enfant, a conclu que 27% des mères allaitaient leur bébé prématuré. De même, Guillemette et Badlissi, (2006), dans une enquête sur l'alimentation du nouveau-né menée dans la région de Lanaudière (n=1647) rapporte que 15,3% des mères ont sevré leur bébé parce qu'il présentait un problème de santé. Cependant selon l'enquête canadienne sur la maternité réalisée en 2009, 83,7 % des enfants admis à l'unité de soins intensifs étaient allaités, ce qui suggère une tendance à l'effet que plusieurs de ces enfants reçoivent du lait maternel malgré leur état de santé précaire (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Cependant, cette étude ne contient pas de données concernant la durée de l'allaitement pour ces enfants. En somme, il semble se dégager un consensus dans les études à l'effet que les enfants qui présentent des problèmes de santé sont allaités moins longtemps.

Le poids de l'enfant est également un facteur pris en compte dans l'explication de la durée de l'allaitement (Bertini *et al.*, 2003; Callen *et al.*, 2005; Espy et Senn, 2003; Hall *et al.*, 2002). Un poids supérieur à 2700 grammes est significativement associé à un allaitement de plus longue durée (Hall *et al.*, 2002). Par exemple, Bertini *et al.*, (2003), ayant réalisé une étude prospective par questionnaire postal auprès de 900 mères, ont trouvé qu'il existe une association significative entre l'arrêt précoce de l'allaitement et un poids inférieur à 3000g chez le nouveau-né. En somme, il semble que les bébés de petits poids sont allaités pendant une période plus courte.

Les problèmes techniques d'allaitement reliés au bébé, tels que la difficulté à téter, la somnolence au sein et le refus de prendre le sein, sont également associés à l'arrêt précoce de l'allaitement (Guillemette et Badlissi, 2006; Millar et Maclean,



2005; Santé Canada, 2003; Taveras *et al.*, 2004). Par exemple, Taveras *et al.*, (2004), dans une étude de cohorte prospective (n=288 mères des États-Unis), a conclu que les problèmes techniques d'allaitement qui apparaissent tôt sont significativement associés avec l'arrêt de l'allaitement à deux semaines. De plus, les mères ayant cessé d'allaiter exclusivement étaient plus sujettes à avoir expérimenté des problèmes avec la prise du sein et la tétée du bébé. En somme, les problèmes techniques reliés au bébé semblent avoir une association directe avec l'arrêt précoce de l'allaitement.

Une étude avance que les mères qui donnent naissance à un garçon sont plus nombreuses à allaiter que les mères ayant donné naissance à une fille (Jacobson et Frye, 1991), alors que deux autres études arrivent à des conclusions opposées (Ladomenou *et al.*, 2007; Scott *et al.*, 2001). En somme, plus d'études sont nécessaires afin de comprendre le lien entre le sexe de l'enfant et sa probabilité à être allaité plus ou moins longtemps.

Enfin, les enfants qui reçoivent des préparations commerciales à la naissance, avant le congé de l'hôpital ou dans le premier mois postpartum, sont allaités sur une période plus courte que ceux qui n'en n'ont pas consommé (Banderali *et al.*, 1999; Santé Canada, 2003; Schwartz *et al.*, 2002; Sheehan *et al.*, 1999). Cet effet négatif du complément de préparation commerciale sur l'allaitement s'explique par la perception que peuvent développer les mères dont l'enfant reçoit un complément que l'alimentation artificielle est plus facile et satisfaisante pour lui que le lait maternel. Par exemple, Schwartz *et al.*, (2002), dans une enquête réalisée aux États-Unis (n=946), a trouvé que les mères qui décident de donner des préparations commerciales durant les trois premières semaines sont plus à risque de cesser l'allaitement. De même, Sheehan *et al.*, (1999), dans une étude transversale menée auprès de 227 mères en Ontario, a conclu que les enfants qui ne reçoivent pas de préparation commerciale à l'hôpital sont 2,49 fois plus susceptibles d'être allaités à six semaines. En somme, les préparations commerciales données au nouveau-né sont associées à l'arrêt précoce de l'allaitement.

En somme, en plus des facteurs concernant la mère, certains facteurs liés à l'enfant semblent être associés à l'arrêt précoce de l'allaitement. L'état de santé de l'enfant, le poids ainsi que la qualité de la tétée au sein semblent être assez déterminants dans le succès ou non de l'allaitement. De plus, ceux ayant reçu un complément de lait artificiel tôt au cours de leur vie sont plus à risque d'être allaités pour une courte période, ce qui explique l'importance accordée à cette mesure dans les politiques de soutien à l'allaitement. Cependant, d'autres facteurs restent à étudier davantage. C'est le cas du sexe de l'enfant.

### 2.2.3 Facteurs reliés à la relation mère-enfant

L'allaitement constitue une occasion privilégiée d'interactions entre la mère et son enfant en permettant de multiples échanges physiques et affectifs entre eux. Une interaction positive entre la mère et son enfant lors de l'allaitement semble être un élément déterminant dans sa poursuite, quoique cette variable ait fait l'objet de peu d'attention dans les études jusqu'à ce jour. Parmi les auteurs ayant étudié cette dimension, Allard (2002) a recueilli les propos de quatre mères concernant leur expérience d'allaitement entre quatre et 14 mois. Ces mères racontent leur expérience comme étant globalement positive et humainement chaleureuse. Celles-ci discutent de la relation mère-enfant en termes de rapprochement entre elles et leur enfant. De plus, ces mères estiment que seul l'allaitement souscrit à cette relation privilégiée. Aussi, les résultats d'une étude menée avec un devis descriptif corrélationnel (n=30 dyades mères-enfants) montrent que le comportement des mères avec l'enfant lors des soins, lors des vocalisations ou lors du toucher, prédit la durée de l'allaitement à 12 semaines (Vandiver, 1997).

Dans le même ordre d'idée, une étude d'observation peu récente mais pertinente à notre sujet a été réalisée auprès de 42 dyades mère-enfant d'origine latine avec des mères jeunes, peu scolarisées et à faible revenu. Lors d'une session

d'allaitement, les auteurs ont codifié la qualité des interactions mère-enfant en utilisant le *Nursing Child Assessment Feeding Scale* (NCAFS, Brandt *et al.*, 1998). Les résultats suggèrent que plus la mère et l'enfant présentent des comportements de contingence et d'attachement entre 28 et 90 heures suivant la naissance, plus grandes sont les probabilités que l'allaitement persiste à six semaines. Cette étude innovatrice a apporté une contribution importante au plan de l'avancement des recherches sur le lien entre la relation mère-enfant et l'allaitement. Toutefois, elle se limite aux six premières semaines de vie de l'enfant et une seule mesure de qualité des interactions mère-enfant a été effectuée en postnatal immédiat.

Une étude corrélationnelle longitudinale (n=72 dyades mères-enfants aux États-Unis) réalisée par Lacombe *et al.*, (2006), mentionne que la concordance entre l'affect positif de la mère et celui de l'enfant prédit la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois. Cela signifie que plus les mères et les enfants se répondent mutuellement par un sourire ou une vocalisation positive, plus les chances de poursuivre l'allaitement jusqu'à six mois sont grandes. Ainsi, les résultats de cette étude suggèrent qu'il existe une association entre la qualité de la relation mère-enfant au-delà de la période postnatale immédiate, tel qu'il avait été démontré en 1998 par Brandt et ses collègues.

En 2006, l'étude longitudinale prospective (n=174) de Britton *et al.*, apporte un nouvel éclairage sur le sujet, à savoir que la sensibilité maternelle compte pour 6 à 8% de la variance de la durée de l'allaitement au cours de la première année postnatale (Britton *et al.*, 2006). Les auteurs ont utilisé le *Nursing Child Assessment Feeding Scale* (NCAFS) à trois mois de vie de l'enfant pour mesurer la sensibilité. Ainsi, la sensibilité maternelle est identifiée comme étant la principale caractéristique du comportement maternel qui peut prédire la durée de l'allaitement indépendamment des facteurs sociodémographiques. De plus, les mères qui choisissent d'allaiter démontrent une plus grande sensibilité dans les interactions avec leur enfant durant les trois premiers mois que celles qui donnent le biberon.

En somme, quelques études portant sur la relation mère-enfant suggèrent qu'il s'agirait d'une dimension à prendre en compte dans le succès de l'allaitement. Cependant, le peu d'études ayant été réalisées (seulement cinq à notre connaissance) et l'utilisation d'instruments et de devis fort différents oblige une certaine prudence dans l'interprétation des résultats obtenus. Quoique la tendance soit à l'effet que les mères et leur enfant ayant des interactions positives soient plus susceptibles de poursuivre l'allaitement pour une plus longue période, d'autres études sont nécessaires afin d'appuyer ces résultats.

#### 2.2.4 Facteurs reliés au soutien social

Parmi les facteurs reliés au soutien social associé à l'arrêt précoce de l'allaitement mentionnons, entre autres, le soutien du conjoint et de l'entourage de même que le soutien des professionnels de la santé et plus particulièrement le soutien des infirmières.

La tendance est forte à l'effet que les femmes mariées ou les mères vivant avec le père de l'enfant allaitent plus longtemps que les mères célibataires (Callen et Pinelli, 2004; Dumas et Lepage, 1999). De plus, les femmes qui sont les seules responsables des tâches ménagères, indiquant une faible implication du partenaire, sont également plus susceptibles d'arrêter l'allaitement (Sullivan *et al.*, 2004). Aussi, le soutien du conjoint de même que de la grand-mère et des autres membres de la famille favorisent la poursuite de l'allaitement (Falceto, *et al.*, 2004; Dubois *et al.*, 2000 ; Pelletier, 2001). Par exemple, Falceto *et al.*, (2004), dans une étude cas-témoins (n=51 cas et n=102 témoins) réalisée au Brésil, a conclu qu'une bonne relation de couple est associée à plus de soutien en allaitement de la part du père et une plus grande implication dans les soins de l'enfant. Plus précisément, le père démontrait 3,2 fois plus de soutien à l'allaitement comparé au groupe qui vivait une problématique au niveau de la relation. En somme, les écrits recensés confirment l'importance du

soutien du conjoint et de l'entourage pour favoriser la poursuite de l'allaitement, inversement, l'absence de soutien est en lien avec l'arrêt précoce de l'allaitement.

De manière générale, il ressort que le soutien des professionnels de la santé (infirmières, médecins, sages-femmes) augmente significativement la mise en route et la poursuite de l'allaitement (Lu *et al.*, 2001; Taveras *et al.*, 2004; Sikorski et Renfrew, 2001). Ainsi, une revue Cochrane avance que des interventions de soutien à l'allaitement par des infirmières bien qualifiées et informées augmentent l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement (Sikorski et Renfrew, 2001). Dans la même veine, une méta-analyse de 20 études réalisées dans plusieurs pays confirme que le soutien des infirmières contribue à accroître la durée de l'allaitement (Sikorski *et al.*, 2003). De plus, un recensement effectué par le *National Health Service* au Royaume-Uni a examiné les résultats de deux revues systématiques des écrits sur les interventions reconnues comme étant efficaces pour augmenter le nombre de femmes qui initient l'allaitement (Protheroe *et al.*, 2003). Les auteurs concluent qu'une approche globale de l'allaitement à l'intérieur du système de santé ainsi que dans la communauté est efficace, incluant les campagnes publicitaires dans les médias et les marraines d'allaitement. Enfin, une revue Cochrane de 34 études incluant 29 385 dyades mère-enfant provenant de 14 pays conclut que toutes les formes de soutien ensemble sont associées à une augmentation de la durée d'allaitement partiel ou exclusif (Britton *et al.*, 2009).

En somme, les données disponibles permettent de penser que la présence de soutien est cruciale à la poursuite de l'allaitement et, inversement, que l'absence de soutien est en lien avec l'arrêt précoce de l'allaitement. Considérant l'effet positif du soutien des infirmières et les facteurs associés à l'arrêt de l'allaitement, il ne fait nul doute que les infirmières doivent redoubler leurs efforts afin d'intervenir adéquatement et efficacement dans le domaine de la promotion et du soutien de l'allaitement.

### **2.3 Interventions infirmières pour le soutien de l'allaitement**

Depuis 1998, l'Ordre des infirmiers et des infirmières (OIIQ) reconnaît la supériorité du lait maternel et recommande son usage exclusif jusqu'à six mois. Les infirmières ont comme responsabilité de promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement. De plus, l'allaitement devrait être une priorité des infirmières sur les plans de la promotion, de l'intervention, de l'éducation et du soutien. Cette directive claire de la part de l'ordre professionnel des infirmières a donné lieu à un ensemble de mesures visant à soutenir l'allaitement dans les différents milieux de pratique.

Au Québec, plusieurs stratégies ont été mises en place afin de structurer le soutien à l'allaitement, dont la certification IAB. Pour être accrédités « Ami des Bébé », les établissements doivent adhérer aux normes de pratique et répondre aux différentes conditions prévues par le programme. Selon les évaluations du programme réalisées, les interventions visant à changer les pratiques fondées sur les conditions IAB améliorent le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital et entraînent une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif (Kramer *et al.*, 2001). Dans la foulée de l'implantation de l'IAB à la grandeur du Québec, les infirmières en périnatalité reçoivent une formation spécifique sur l'allaitement, ce qui augmente leurs connaissances et influence le type de soutien qu'elles peuvent offrir aux mères. Dans le cadre des formations offertes aux infirmières en vue de la certification IAB, des connaissances théoriques sur les mécanismes d'allaitement autant que des habiletés spécifiques sont développées. Il s'agit généralement d'une formation de 18 heures au terme de laquelle les infirmières reçoivent une attestation et un suivi régulier visant le déploiement de leurs nouveaux acquis, principalement en matière de soutien à la technique d'allaitement comme telle.

Lemay (2009), dans le cadre d'une étude ethnologique québécoise visant à documenter la perception des infirmières de l'implantation de l'IAB dans leur milieu, a interviewé 15 infirmières. Ses résultats suggèrent que les infirmières sont favorables à l'allaitement maternel et déploient toute une série d'efforts pour mieux soutenir les

mères dans leur projet lorsque celles-ci démontrent une motivation et un intérêt marqué pour l'allaitement. Cependant, les participantes à son étude reconnaissent le droit de la mère de faire le choix du mode d'alimentation de son enfant et de sa poursuite en fonction des événements qui surviennent à la période postnatale. De plus, elles affirment une augmentation de leur travail allant même jusqu'à une surcharge lorsque des difficultés se manifestent. Selon, elles, les familles sont peu informées et préparées aux défis de l'allaitement. Enfin, elles revendiquent des conditions de travail leur permettant de rencontrer les attentes formulées à leur égard.

Le *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO) offre des guides de pratique pour les infirmières dans le but de leur permettre d'assister les familles et d'améliorer les pratiques existantes. Plus spécifiquement, un guide se rapportant aux lignes directrices en allaitement a été élaboré en intégrant les recommandations de l'OMS (RNAO, 2003). Ce guide émet des recommandations, propose des pistes d'enseignement, des outils d'évaluation ainsi que des politiques organisationnelles pour les infirmières afin de leur permettre de prodiguer des pratiques exemplaires en ce qui concerne le soutien à l'allaitement maternel.

Parmi les responsabilités de l'infirmière en matière de soutien aux femmes qui allaitent, il y a celle de reconnaître les mères à risque de cesser l'allaitement et d'intervenir rapidement. Les mères rapportent souvent que les conseils reçus des professionnels de la santé, incluant les infirmières, ne sont pas uniformes et peuvent même être contradictoires (Bell *et al.*, 2006a). Malgré la bonne volonté des infirmières, elles se font souvent reprocher de donner de l'information contradictoire aux mères, de trop insister ou d'être trop centrée sur la technique et moins sur les aspects relationnels. Régulièrement, nous constatons dans les médias une dénonciation de ces comportements des infirmières. Cependant, il y a lieu de se questionner sur le type de soutien que les mères souhaitent recevoir. Dans une revue de la littérature qualitative, les mères rapportent que le soutien informel, soit celui reçu du conjoint et des proches, est plus important que le soutien reçu par les

professionnels de la santé. De plus, elles sont souvent insatisfaites par le soutien offert par les professionnels de la santé, qu'elles jugent comme étant trop technique ou peu centré sur leur besoin (McInnes et Chambers, 2008).

L'efficacité du soutien apporté par l'infirmière varie en fonction du type d'intervention réalisée. Ainsi, le soutien direct (contact personnel ou par téléphone), les séances d'information structurées, la distribution de brochures ou la combinaison de plusieurs types de soutien n'ont pas la même influence sur la durée et l'initiation de l'allaitement. L'intervention la plus efficace est le soutien direct en personne à l'hôpital ou à domicile (Sikorski *et al.*, 2003). En ce qui a trait au soutien téléphonique, aucune différence significative n'a été répertoriée dans les 34 études faisant partie de la revue de la littérature de Britton *et al.*, (2009). De plus, selon le groupe de travail de l'Anaes, (2002), le soutien direct avec des conseils appropriés et des encouragements par un professionnel formé en suivi de l'allaitement apporte un bénéfice supplémentaire aux contacts répétés par téléphone.

Selon Guise *et al.*, (2003), les séances d'information structurées ont un effet positif sur l'initiation ainsi que sur l'allaitement de courte durée. Il est intéressant de constater que la combinaison du soutien direct et des séances d'information structurées n'a pas un effet supérieur à celui obtenu par les séances d'information structurée. Finalement, la distribution de brochures ne semble pas avoir un effet sur l'initiation ou la durée de l'allaitement, sauf si cette pratique est accompagnée d'une discussion avec le professionnel de la santé (Ouellet *et al.*, 2009).

En somme, les études portant sur les interventions infirmières pour le soutien en allaitement révèlent que l'efficacité du soutien varie selon le type d'intervention. Quoique les infirmières rencontrent certains défis dans l'exercice du soutien en allaitement, elles demeurent les professionnelles de la santé les plus impliquées dans l'ensemble des mesures mises en place pour promouvoir, soutenir et favoriser l'allaitement. .



## 2.4 Étude de plusieurs facteurs

Un certain nombre d'études ont tenté d'expliquer l'arrêt précoce de l'allaitement en examinant l'influence de plusieurs facteurs simultanément. Lorsque plusieurs types de facteurs sont considérés dans une même étude, il ressort que les principales raisons évoquées par les mères pour cesser précocement l'allaitement se répartissent comme suit : une insuffisance de lait maternel, des problèmes de lactation, une mère incommodée ou fatiguée, des problèmes de santé de la mère et le retour au travail ou aux études (Santé Canada, 2003). Aussi, l'étude d'Avery *et al.*, (1998) rapporte que les mères qui ont arrêté d'allaiter plus tôt étaient plus jeunes, avaient un niveau de scolarité inférieur, une attitude positive pour le biberon, une attitude plus négative face à l'allaitement et avaient l'intention d'allaiter moins longtemps. Elles avaient moins de connaissances sur l'allaitement et une perception d'une insuffisance de lait et elles travaillaient à l'extérieur de la maison. De plus, Li *et al.*, (2008a) affirment que l'âge de la mère, son niveau d'éducation et le tabagisme durant la grossesse sont de forts prédicteurs de l'arrêt de l'allaitement avant que l'enfant soit âgé de quatre mois. Aussi, l'arrêt de l'allaitement entre deux et trois mois est plus élevé chez les femmes qui ont une faible éducation, un faible revenu et qui sont célibataires (Taveras *et al.*, 2003). De plus, une enquête (n=272) réalisée dans la région de l'Estrie au Québec (Bell *et al.*, 2006a) ayant pour but de documenter les taux et la durée de l'allaitement de même que les facteurs associés à sa poursuite, a établi que 27,9% des mères ayant cessé leur allaitement au cours des six premiers mois de vie de l'enfant l'ont fait au cours de la première semaine suivant la naissance de l'enfant. Il ressort que les mères qui ont mis fin à leur allaitement au cours de la première semaine sont significativement moins scolarisées et ont un revenu familial annuel inférieur à celles ayant poursuivi l'allaitement au-delà de cette période. De plus, elles avaient dans une moins grande proportion l'intention ferme d'allaiter et en étaient plus souvent à leur première expérience d'allaitement. Elles étaient également significativement plus nombreuses à avoir rencontré un problème avec leur allaitement plus tard. Aussi, l'arrêt de l'allaitement était principalement associé à des problèmes entourant l'allaitement comme tel et à la fatigue de la mère.

À notre connaissance, une seule recherche a examinée une plus grande variété de facteurs dans l'étude de l'allaitement (Tiedje, *et al.*, 2002). Cette étude qualitative a été réalisée en utilisant une entrevue téléphonique auprès de 95 mères. Les résultats ont permis de décrire les facteurs liés à la mère, à l'enfant, à la famille, au système de soins de santé, à la communauté et les facteurs socioculturels qui influencent l'allaitement maternel. Les conclusions de cette étude sont à l'effet que les maladies ou la condition médicale de la mère ou de l'enfant affectent l'allaitement. De plus, la confiance, l'adaptation et la manière des mères de résoudre des problèmes sont déterminantes dans la continuité de l'allaitement. Par exemple, une mère qui a un allaitement difficile et qui croit qu'avec le temps et la patience, tout va se régler, est plus susceptible de à poursuivre l'allaitement et à utiliser les moyens nécessaires pour le faire. Aussi, le besoin de soutien de membres de la famille ou d'amis a été corroboré par plusieurs mères qui allaitent à six semaines. Par contre, le manque d'uniformité des politiques et des procédures dans les établissements de santé nuirait à la poursuite de l'allaitement, et ce, malgré le soutien en place. Les mères qui allaitent à six semaines ont un contact positif avec les professionnels de la santé. Plusieurs mères ont rapporté manquer d'information concernant le retour au travail et la continuité de leur allaitement. Aussi, les mères reconnaissent que plusieurs facteurs ont un impact sur l'arrêt ou non de leur allaitement et qu'il faut travailler simultanément ces facteurs. Les auteurs concluent en soulignant que l'allaitement est un phénomène complexe et mettent en évidence l'effet cumulatif des facteurs dans l'explication de la poursuite de l'allaitement. Toutefois, l'approche qualitative ne permet pas de tirer des conclusions sur le poids relatif de chacun des facteurs dans l'arrêt de l'allaitement.

En résumé, la recension effectuée démontre que plusieurs études se sont intéressées aux facteurs influençant l'arrêt de l'allaitement. Il se dégage un constat à l'effet que la compréhension des facteurs explicatifs de l'arrêt de l'allaitement pourrait être améliorée par l'utilisation de devis permettant d'examiner

simultanément les caractéristiques de la mère, de l'enfant, de la relation mère-enfant et du soutien. Ce constat appuie la nécessité de poursuivre l'exploration de l'arrêt de l'allaitement selon une perspective multifactorielle, ce qui est précisément l'objet de la présente étude.

## **2.5 But et objectifs de l'étude**

Le but de la présente étude est de décrire les facteurs maternels ainsi que ceux relatifs à l'enfant, à la relation mère-enfant et au soutien social associés à l'arrêt de l'allaitement avant trois mois auprès des mères de la région de Chaudière-Appalaches.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

1. Estimer le taux de mères ayant cessé d'allaiter au cours des trois premiers mois de vie de l'enfant.
2. Identifier les caractéristiques du bébé associées à l'arrêt de l'allaitement.
3. Identifier les caractéristiques de la mère associées à l'arrêt de l'allaitement.
4. Identifier les caractéristiques de la relation mère-enfant associées à l'arrêt de l'allaitement.
5. Identifier les caractéristiques du soutien social associées à l'arrêt de l'allaitement.

### **CHAPITRE 3 - MÉTHODE DE LA RECHERCHE**

La présente étude a été réalisée à partir d'une banque de données constituée par Lacombe *et al.*, en 2010. Dans la présente section, nous décrivons la méthode de l'étude principale pour ensuite décrire la méthode propre à la présente recherche.

#### **3.1 Étude principale**

##### **3.1.1 But et objectif**

L'étude principale visait à décrire les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement au cours des six premiers mois suivant la naissance de l'enfant. Plus précisément, elle avait pour objectif d'examiner le lien entre, d'une part, la dépression postnatale, la sensibilité maternelle et la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant et d'autre part la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois. Cette étude a reçu un appui financier du Fonds Institutionnel de la recherche de l'UQAR.

#### **3.2 Présente étude**

La présente étude est réalisée à partir de la base de données constituée dans le cadre de l'étude principale que nous venons de décrire et dont nous avons obtenu l'approbation de la chercheuse principale pour la réalisation de la présente étude (annexe G). Dans cette section, nous décrivons les aspects méthodologiques propres à la présente étude.

##### **3.2.1 Dispositif**

Un devis descriptif corrélationnel a été utilisé afin d'explorer les relations entre les variables liées à la mère, à l'enfant, à la relation mère-enfant et à la famille avec l'arrêt de l'allaitement à trois mois. L'étude principale a débuté en juin 2008 et s'est terminée en avril 2009.

### 3.2.2 Participantes

La population cible l'étude tirée de Lacombe *et al.*, (2010) est constituée de jeunes femmes primipares âgées de plus de 18 ans de la région de Lévis. Les critères de sélection des participantes sont décrits dans le tableau 1.

Tableau 1 - Critères de sélection

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<p><u>Mère</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Âgée de 18 ans et plus</li> <li>• Venant d'accoucher de son premier enfant (primipare)</li> <li>• Ayant un conjoint (mariée ou conjoint de fait)</li> <li>• En bonne santé</li> <li>• Parlant, écrivant et lisant le français</li> <li>• Consentante à la recherche</li> </ul> <p><u>Bébé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Né à terme (37 semaines de gestation et plus)</li> <li>• Allaité à sa sortie de l'hôpital</li> <li>• En bonne santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mère ayant eu une grossesse multiple</li> </ul>

#### 3.2.2.1 Population visée et échantillon

Un échantillon non probabiliste de convenance a été constitué. Il est composé de femmes ayant accouché à l'Hôtel-Dieu de Lévis, qui compte environ 1800 accouchements annuellement. Le taux d'initiation de l'allaitement pour cet hôpital est de 80% en 2008. La taille de l'échantillon a été calculée à partir des paramètres suivants: seuil alpha à 0,05 et une puissance statistique de 0,80. Un nombre minimal de 122 mères et leur enfant devaient être recrutés.

### 3.2.2.2 Recrutement des participantes

Le recrutement des participantes a été possible grâce à la collaboration de l'infirmière-chef et de l'assistante infirmière-chef de l'unité mère-enfant de l'Hôtel-Dieu de Lévis. L'infirmière-chef a d'abord informé les assistantes infirmières-chef de la nature de la participation souhaitée pour la réalisation de l'étude sur leur unité de soins. L'assistante de recherche a ensuite rencontré les assistantes infirmières-chef de l'unité de maternité pour leur expliquer le projet en détail et pour obtenir leur contribution dans le recrutement des participantes. Les assistantes infirmières-chef ont été informées des critères de sélection pour les participantes à l'étude. Les mères ciblées par une assistante infirmière-chef étaient rencontrées par l'assistante de recherche, étudiante à la maîtrise, dans les 24 heures suivant la naissance de leur enfant. Pendant la rencontre avec la mère, l'assistante de recherche prenait le temps de se présenter, d'informer les mères du but de l'étude et de la nature de leur participation. Elle lisait le formulaire de consentement avec la mère et répondait à ses questions. Les mères acceptant de participer à l'étude signaient le formulaire de consentement, dont une copie était remise au dossier mère-enfant.

### 3.2.3 Collecte des données

Après avoir obtenu son consentement, l'assistante de recherche laissait à la mère un questionnaire auto-administré à compléter au cours de son séjour à l'hôpital (temps 1). Les mères répondaient au questionnaire sur place, au moment qui leur convenait. Elles pouvaient soit remettre le questionnaire complété à l'assistante de recherche, soit le déposer dans une boîte prévue à cette fin au poste des infirmières. Par la suite, un questionnaire auto-administré était envoyé par la poste aux participantes à un mois (temps 2), trois mois (temps 3) suivant la naissance de l'enfant. Les mères retournaient le questionnaire complété dans l'enveloppe préaffranchie et pré-adressée accompagnant l'envoi. Un rappel postal était effectué deux semaines suivant l'envoi des questionnaires.

En plus des questionnaires auto-administrés, des renseignements ont été recueillis dans les dossiers médicaux de la mère et de l'enfant. Le consentement de la mère à participer à l'étude incluait l'autorisation de recueillir des données au dossier.

### 3.2.3.1 Variables et outils de collecte de données

Les variables à l'étude sont évaluées par les trois questionnaires auto-administrés à 48 heures, un mois, trois mois post-partum (annexe A, B et C).

#### a Variable dépendante

La variable dépendante à l'étude est l'allaitement maternel. Dans le cadre de cette étude, l'étudiante-chercheuse s'intéressait à l'allaitement total, c'est-à-dire tout type d'allaitement, qu'il soit exclusif ou partiel avec peu, moyennement ou beaucoup de lait humain (OMS, 2001). Pour être répertoriée dans la catégorie de mère allaitante, la mère devait au minimum donner son lait et cela même si elle ne nourrissait pas directement son enfant au sein. Cette définition a été retenue, car peu de mères allaitent exclusivement jusqu'à six mois, ceci dû au fait que l'introduction d'eau et d'aliments est souvent commune et suggérée avant cet âge. À chaque temps de mesure, la mère devait répondre à une question lui demandant si elle allaitait encore son enfant. Elle devait répondre par « oui » ou « non ».

#### b Variables indépendantes

Dans cette section, se trouve une description des outils utilisés pour mesurer chacune des variables dépendantes, qui sont répertoriés comme les facteurs liés à la mère, à l'enfant, à la relation mère-enfant ainsi qu'au soutien.

##### *Les facteurs liés à la mère*

Des questionnaires concernant les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des mères ont été développés par l'équipe des chercheurs. Le questionnaire du temps 1 (48 heures) permettait de recueillir les renseignements suivants : l'intention d'allaiter, la chirurgie aux seins, la participation à des cours

prénataux, les problèmes d'allaitement, la qualité de la tétée, l'objectif d'allaitement, le tabagisme, le niveau de scolarité, le revenu familial et les symptômes dépressifs (annexe A).

Le questionnaire du temps 2 (1 mois) permettait de recueillir les données concernant les problèmes d'allaitement, la qualité de la tétée, l'objectif d'allaitement, et les symptômes dépressifs (annexe B).

Le questionnaire du temps 3 (3 mois) mesurait les mêmes variables qu'au temps 2 en plus de recueillir des données l'état civil, le tabagisme, le retour au travail ou à l'école (annexe C).

De plus, à 48 heures (temps 1), certaines données étaient collectées dans le dossier de la mère : l'âge, type d'accouchement, antécédents médicaux, nationalité, état civil et nombre d'années de scolarité.

#### *Les symptômes dépressifs*

L'échelle d'Édimbourg (Cox *et al.*, 1987) est un questionnaire auto-administré comprenant dix questions destinées à mesurer les symptômes dépressifs à la période postnatale. Dans le cadre de cette étude, l'Échelle d'Édimbourg a été complétée par les mères à 48 heures, un et trois mois de vie de l'enfant. Chaque énoncé est coté au moyen d'une échelle de Likert en quatre points. Les catégories de réponses sont notées entre 0-3 selon la gravité des symptômes. Le score, pouvant varier entre 0 et 30, est calculé en additionnant les résultats des dix items. Un résultat de 10 ou plus indique une intensité plus grande des symptômes dépressifs et demande à orienter la mère vers un médecin ou un spécialiste de la santé mentale à des fins diagnostiques. La validation de contenu de cette échelle a été faite en période post-partum (Cox *et al.*, 1987). La sensibilité est de 85% et la spécificité de 77%. L'alpha de Cronbach a été démontré à 0,87 (Cox *et al.*, 1987).



### *Les facteurs liés à l'enfant*

Des questionnaires concernant les caractéristiques sociodémographiques des bébés ont été développés par l'équipe des chercheurs. Le questionnaire du temps 1 (48 heures) ne contenait pas d'information concernant le bébé, mais des données étaient collectées directement dans le dossier du bébé soit: poids, nombre de semaines de gestation, sexe, APGAR à la naissance et administration de préparation commerciale pendant le séjour à l'hôpital. Le questionnaire du temps 2 (1 mois), et du temps 3 (3 mois) permettaient de recueillir les données sur la qualité de la succion.

### *Les facteurs liés à la relation mère-enfant*

L'échelle de la sensibilité maternelle (Bell *et al.*, 2004) est composée de 33 énoncés. Elle comprend cinq sous-échelles : la découverte, le contact affectif, l'engagement, le contact physique et la communication. Les énoncés sont cotés sur une échelle de Likert en cinq points variant de tout à fait d'accord à tout à fait en désaccord. Quelques items sont formulés négativement. Plus le score sur l'instrument est faible, plus la sensibilité maternelle de la mère est grande. La consistance interne de l'instrument de mesure pour les sous-échelles varie entre 0,54 et 0,83 (Bell *et al.*, 2004). Dans une autre étude, l'échantillon utilisé étaient des bébés âgés entre 5 et 29 semaines (Doyon, 2010). Dans le cadre de l'étude principale, l'échelle de la sensibilité maternelle a été complétée par les mères à 48 heures, un et trois mois de vie de l'enfant.

### *Les facteurs liés au soutien*

Le Social Behavioral Inventory (Brown, 1986), traduit en français par Goulet *et al.*, (2003), évalue le soutien social du conjoint et de l'entourage. L'inventaire du soutien social comprend 11 questions notées sur une échelle de Likert en six points allant de très insatisfaisant à très satisfaisant. Les catégories de réponses sont notées entre un et six. Le score de l'échelle varie entre 11 et 66. Plus le score est élevé, plus la personne a un niveau élevé de satisfaction face au soutien reçu. L'alpha de Cronbach se situe à 0,97 et 0,83 au test re-test (Goulet *et al.*, 2003). Dans le cadre de

cette étude, l'inventaire du soutien social a été complété par les mères à 48 heures, un et trois mois de vie de l'enfant. Dans le tableau 2, les variables sont présentées en fonction du temps de mesure où elles ont été collectées.

Tableau 2 - Classification des variables en fonction du temps de mesure

Temps	Variables				
	Variable dépendante	Variables indépendantes			
	Allaitement maternel	Facteurs liés à la mère	Facteurs liés à l'enfant	Facteurs liés à la relation mère-enfant	Facteurs liés à la famille
<b>Temps 1</b> 48 heures post-partum	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Temps 2</b> 1 mois	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Temps 3</b> 3 mois	✓	✓	✓	✓	✓

### 3.2.4 Cadre opératoire de la recherche

La figure 1 permet de visualiser les relations entre les variables indépendantes et la variable dépendante examinées dans la présente étude.

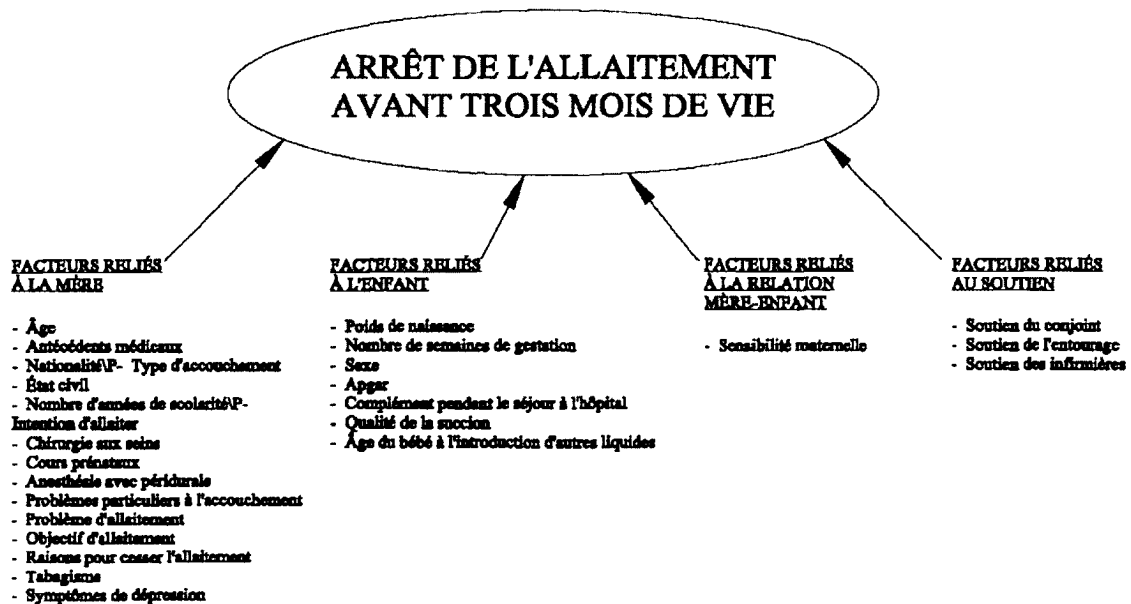


Figure 1 - Cadre opératoire de la recherche

### 3.2.5 Plan d'analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide de différentes techniques statistiques. Les mesures habituelles de statistique descriptive (moyennes, pourcentage et centiles) ont été utilisées. Des analyses bi variées ont été réalisées. Selon la nature des variables, des tests t de Student (variables continues), Mann-Whitney (variables non distribuées normalement) et khi-carré (variables catégoriques) ont été utilisées. Toutes les analyses ont été faites en considérant un seuil de signification à 0,05. Puis, des analyses de régression logistique ont été effectuées pour déterminer le degré d'association des facteurs identifiés. Comme la présente étude s'inscrit dans une démarche exploratoire, le modèle de régression logistique est estimé avec la méthode par étape (« stepwise »). Cette dernière est corroborée par la méthode pas à pas ascendante (« forward »). Les variables prédictives incluses dans le modèle final se retrouvent dans le tableau 17 (p.67). Nous avons choisi ces variables en nous rapportant aux écrits ainsi qu'à nos résultats des analyses bi-variées. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 17.0.

### 3.2.6 Considérations éthiques

Cette recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Hôtel-Dieu de Lévis (Annexe D) ainsi que l'approbation du comité d'éthique de la recherche du CHUS (Annexe F).

Les considérations éthiques qui sous-tendent cette recherche comportent trois dimensions, soit le respect de la personne, le consentement éclairé et le caractère confidentiel des données (Groupe de travail des Conseils en recherche médicale, en science naturelles et en génie ainsi qu'en sciences humaines du Canada, 1998). Pour répondre à ces exigences, le formulaire de consentement comprenait des renseignements clairs quant au but et à la pertinence de l'étude ainsi qu'au caractère anonyme des données (Annexe E). Il était également indiqué que le refus de participer à l'étude n'entraînait aucune conséquence pour la mère ou pour l'enfant. Le

numéro de téléphone de la chercheuse principale était également indiqué, permettant ainsi aux mères qui le désiraient d'entrer en contact avec elle. De plus, tous les questionnaires possédaient un code en vue d'assurer le suivi des envois tout en protégeant la confidentialité des participantes. Aucune donnée nominative n'apparaissait sur les questionnaires. La base de données a été constituée en dénominalisant complètement l'identité des participantes. Les questionnaires complétés étaient conservés dans un classeur sous clé au Département des sciences infirmières de l'UQAR (Campus de Lévis). Ces données étaient accessibles seulement au personnel de recherche. Ainsi, il n'y a aucun moyen ou aucune donnée pouvant permettre de retracer les mères ayant participé à l'étude ou leur enfant.

## CHAPITRE 4 - RÉSULTATS

Ce chapitre a pour but de décrire les résultats de l'étude. La première section du chapitre rapporte les résultats concernant la participation à l'étude. La deuxième partie permet de présenter les caractéristiques des mères et de leur bébé. Par la suite, le taux d'arrêt de l'allaitement de la naissance à trois mois est exposé. La quatrième section décrit les caractéristiques cliniques des mères. Ensuite, les liens entre les catégories de facteurs (liés à la mère, au bébé, à la relation mère-enfant et au soutien social) et l'arrêt de l'allaitement sont exposés. Finalement, les résultats d'une analyse de régression logistique sur les facteurs prédictifs de l'arrêt de l'allaitement maternel à trois mois sont présentés.

### 4.1 Participation à l'étude

Cent trente-huit mères parmi les 155 mères ayant accepté de participer à l'étude, ont dûment complété et remis le questionnaire au temps un (temps 1), soit 48 heures suivant leur accouchement. Cent vingt-neuf mères (83%) ont retourné le questionnaire à un mois (temps 2) et 109 (70%) à trois mois (temps 3). La figure 2 illustre l'évolution du nombre de participantes à l'étude pour chaque temps de mesure.

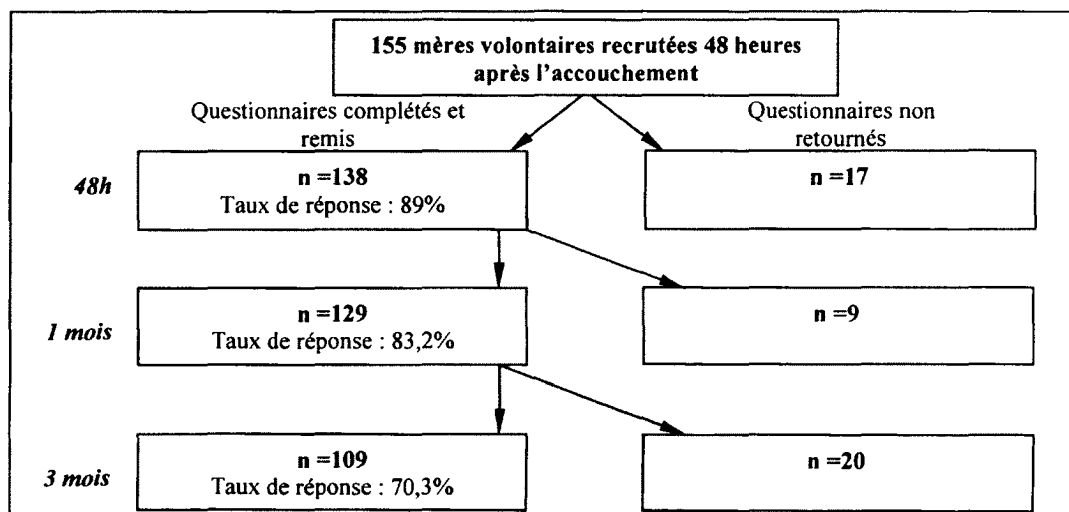


Figure 2 - Participation à la recherche

#### **4.2 Caractéristiques des mères et de leur bébé**

Les caractéristiques sociodémographiques des mères sont présentées au tableau 3. Les mères participant à l'étude résident dans la région de Chaudière-Appalaches et ont accouché d'un premier bébé à l'Hôtel-Dieu de Lévis entre 2008-2009. Elles sont âgées en moyenne de 27,5 ans ( $ET=3,8$ ), vivent toutes en couple et 15% d'entre elles sont mariées. Trois mères sur quatre possèdent un diplôme collégial ou universitaire (77%) et une mère sur cinq a complété des études de niveau secondaire (23%). Près de 60% des mères ont un revenu familial annuel supérieur à 55000\$. Une mère sur quatre (26%) est déterminée à allaiter son bébé, plus de 70% des participantes veulent essayer et un très faible pourcentage d'entre elles (2%) sont indécises à ce sujet avant la naissance de leur enfant. Une majorité de mères a reçu de l'information sur l'allaitement (91%) et de ce nombre, 78 % ont suivi des cours prénataux. Plus de 60% des mères s'étaient fixées comme objectif d'allaiter plus de trois mois. Près de 60% des mères étaient très satisfaites du soutien infirmier reçu à l'hôpital. Une mère sur dix fume la cigarette. Un faible pourcentage de mère a eu une chirurgie mammaire (3%). Une majorité de mères a donné naissance à leur bébé par accouchement vaginal (82%). Plus de 80 % des mères ont eu recours à l'épidurale.

Tableau 3 - Caractéristiques des mères  
(n=138)

Caractéristiques	n	% Moyenne (ÉT)
Âge	138	27,52 (3,8)
Nationalité		
Canadienne	137	99,3 %
Autre	1	0,7 %
État civil		
Mariée	21	15,2 %
Conjointe de fait	117	84,8 %
Niveau de scolarité complété		
Secondaire, DEP	32	23,2 %
Collégial	57	41,3 %
Universitaire	49	35,5 %
Revenu familial annuel		
Moins de 45 000\$	36	26,1 %
45000-55 000\$	21	15,2 %
Plus de 55 000\$	81	58,7 %
Intention d'allaiter		
Déterminée à allaiter	36	26,1 %
Fait l'essai	99	71,7 %
Indécise	2	1,5 %
Autre	1	0,7 %
Information reçue sur l'allaitement		
Oui	125	90,6 %
Non	13	9,4 %
Cours prénataux		
Oui	108	78,3 %
Non	30	21,8 %
Objectif d'allaitement avant la naissance		
Moins de 1 mois	1	0,7 %
Moins de 3 mois	5	3,6 %
Plus de 3 mois	86	62,3 %
Indéterminé	46	33,1 %
Satisfaction du soutien infirmier		
Très satisfaite	80	58,0 %
Satisfaite	52	37,7 %
Peu satisfaite	4	2,9 %
Non satisfaite	2	1,4 %
Tabagisme		
Oui	15	10,9 %
Non	123	89,1 %
Chirurgie mammaire		
Oui	4	2,9 %
Non	134	97,1 %
Type d'accouchement		
Vaginal	113	82 %
Césarienne	25	18 %
Épidurale		
Oui	118	85,5 %
Non	20	14,5 %

Les caractéristiques des bébés sont présentées en détail au tableau 4. La moyenne de temps de gestation est de 39 6/7 semaines (ET = 1,11). En ce qui a trait aux caractéristiques des enfants de l'étude, le poids moyen à la naissance se situe à 3440 grammes (ET = 432,65) et 52% sont de sexe féminin. Plus de 40% des bébés ont reçu des compléments pendant le séjour à l'hôpital.

Tableau 4 - Caractéristiques des bébés

Caractéristiques	n	% Moyenne (ET)
Âge gestationnel (semaines)	136	39 6/7 (1,1)
Poids de l'enfant (grammes)	136	3440,2 (432,7)
Sexe		
Masculin	66	48,2 %
Féminin	71	51,8 %
Complément à l'hôpital		
Oui	62	45,3%
Non	76	54,7 %

#### 4.3 Taux d'arrêt de l'allaitement de la naissance à trois mois

Une diminution de la prévalence de l'allaitement est observée au cours de la période postnatale. La figure 3 présente de manière plus détaillée l'évolution du taux d'allaitement de 48 heures à trois mois. Bien que toutes les mères allaitent à 48 heures, 26% et 31% d'entre elles n'allaitent plus à un mois et trois mois respectivement.



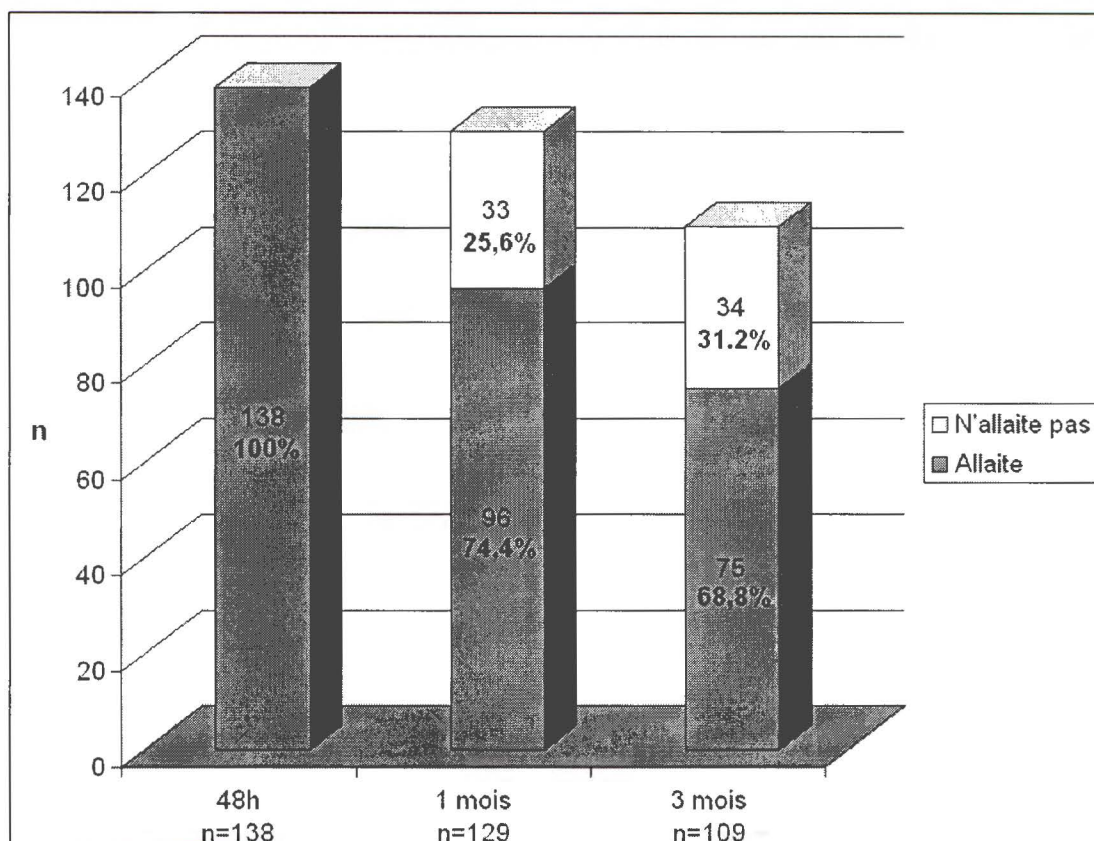


Figure 3 - Taux d'arrêt de l'allaitement de la naissance à trois mois

#### 4.4 Caractéristiques cliniques des mères

Les caractéristiques cliniques des mères sont présentées au tableau 5. En ce qui a trait à l'objectif d'allaitement, ce sont 28% des mères qui atteignent leur objectif d'allaitement à un mois comparativement à 36% à trois mois.

On observe que 58% des mères rapportent rencontrer des difficultés d'allaitement à 48 heures, comparativement à 76% à un mois et 56% à trois mois.

On observe une variation des symptômes dépressifs dans le temps. Ainsi, 11% des mères présentent des symptômes dépressifs élevés à 48 heures, 16% à un mois et 6,5% à trois mois.

Tableau 5 - Caractéristiques cliniques des mères à 48 heures, un et trois mois

Caractéristiques cliniques	48 heures		1 mois		3 mois	
	n	%	n	%	n	%
Objectif d'allaitement atteint						
Oui			35	27,8 %	35	35,7 %
Non			91	72,2 %	63	64,3 %
Difficulté d'allaitement						
Oui	77	57,5%	96	76,2 %	52	55,9 %
Non	57	42,5%	30	23,8 %	41	44,1 %
Symptômes dépressifs						
Oui ( $\geq 10$ )	16	11,4%	21	16,3 %	7	6,5 %
Non ( $< 10$ )	122	88,6%	108	83,7 %	101	93,5 %

#### 4.5 Caractéristiques des mères et arrêt de l'allaitement

Des tests de normalité réalisés sur les caractéristiques des mères confirment une distribution normale de ces variables. Les données relatives à la nationalité, l'information reçue sur l'allaitement, le type d'accouchement, le tabagisme, l'état civil et la satisfaction du soutien des infirmières ne présentent aucune variabilité et n'ont donc pas été incluses dans les prochaines analyses.

##### 4.5.1 Caractéristiques des mères à un mois

Le tableau 6 présente les caractéristiques des mères en fonction de leur statut d'allaitement à un mois. Parmi les caractéristiques étudiées, une seule a un résultat significatif. Ainsi, les résultats indiquent que les mères ayant cessé d'allaiter avant un mois sont moins déterminées à allaiter à 48 heures que celles qui continuent l'allaitement ( $\chi^2 = 7,25$ ;  $p = 0,03$ ). Précisément, à la question concernant leur intention face à l'allaitement, les mères ayant cessé d'allaiter à un mois ont été plus nombreuses à répondre qu'elles voulaient en « faire l'essai ».

Il n'y a pas de différence significative entre les mères qui cessent d'allaiter à un mois et celles qui persistent à un mois pour l'âge de la mère (test t : -0,75;

$p=0,46$ ), le niveau de scolarité ( $x^2=1,64$ ;  $p=0,44$ ), le revenu familial annuel ( $x^2=0,10$ ;  $p=0,95$ ), la chirurgie mammaire ( $x^2=1,27$ ;  $p=0,27$ ), les difficultés d'allaitement à 48 heures ( $x^2=1,44$ ;  $p=0,23$ ) les difficultés d'allaitement à un mois ( $x^2=0,61$ ;  $p=0,44$ ) ainsi que pour les symptômes dépressifs à 48 heures ( $x^2=3,21$ ;  $p=0,07$ ) les symptômes dépressifs à un mois ( $x^2=0,79$ ;  $p=0,37$ ).

Tableau 6 - Caractéristiques des mères selon le statut d'allaitement à 1 mois  
(n=129)

Caractéristiques	Arrêt de l'allaitement à 1 mois				Test	p
	Oui		Non			
	n	% Moyenne (ET)	n	% Moyenne (ET)		
Âge de la mère (n=129)		28,0 (4,7)		27,3 (3,5)	t = -0,75	0,46
Niveau de scolarité (n=106)						
Secondaire	7	20,6 %	16	22,2 %	$\chi^2 = 1,64$	0,44
Collégial	17	50,0 %	27	37,5 %		
Universitaire	10	29,4 %	29	40,3 %		
Revenu familial annuel (n=127)						
Moins de 45000\$	9	28,1 %	23	71,9 %	$\chi^2 = 0,10$	0,95
45000-55000\$	5	25,0 %	15	75,0 %		
55000\$ et plus	19	33,9 %	56	66,1 %		
Intention d'allaiter (n=127)						
Déterminée	6	17,1 %	29	82,9 %	$\chi^2 = 7,25$	0,03*
Motivée à essayer	24	26,7 %	66	73,3 %		
Indécise	2	100 %	0	0 %		
Chirurgie mammaire (n=128)						
Oui	2	50,0 %	2	50,0 %	$\chi^2 = 1,27$	0,27
Non	31	25,0 %	93	75,0 %		
Difficultés d'allaitement à 48h (n=123)						
Oui	15	20,5 %	58	79,5 %	$\chi^2 = 1,44$	0,23
Non	15	30,0 %	35	70,0 %		
Difficultés d'allaitement à 1 mois (n=126)						
Oui	26	27,1 %	70	72,9 %	$\chi^2 = 0,61$	0,44
Non	6	20,0 %	24	80,0 %		
Symptômes dépressifs à 48h (n=129)						
Oui (Score $\geq 10$ )	6	46,2 %	7	53,8 %	$\chi^2 = 3,21$	0,07
Non (Score < 10)	27	23,3 %	89	76,7 %		
Symptômes dépressifs à 1 mois (n=129)						
Oui (Score $\geq 10$ )	7	33,3 %	14	66,6 %	$\chi^2 = 0,79$	0,37
Non (Score < 10)	26	24,1 %	82	75,9 %		

\* p < 0,05

#### 4.5.2 Caractéristiques des mères à trois mois

Les caractéristiques des mères ont également été comparées pour les deux groupes à trois mois, c'est-à-dire les mères ayant cessé et celles ayant poursuivi l'allaitement (tableau 7). Les résultats indiquent qu'il existe une différence significative entre les mères qui persistent à allaiter et celles qui ont cessé d'allaiter à trois mois en ce qui concerne l'intention d'allaiter ( $\chi^2=7,54$ ;  $p=0,02$ ) et les difficultés d'allaitement à 48 heures ( $\chi^2=5,10$ ;  $p=0,04$ ). En effet, les mères qui avaient cessé d'allaiter à trois mois sont moins déterminées à allaiter que celles qui continuent pour la même période. De plus, les mères qui ont mis fin à l'allaitement à trois mois rapportent avoir rencontré plus de difficultés d'allaitement à 48 heures que celles qui persistent à allaiter.

Les résultats indiquent qu'il n'existe pas de différence significative entre les mères qui cessent d'allaiter à trois mois et celles qui persistent à trois mois pour l'âge de la mère (test t :  $-0,34$ ;  $p=0,73$ ), le niveau de scolarité ( $\chi^2=1,64$ ;  $p=0,44$ ), le revenu familial annuel ( $\chi^2=0,59$ ;  $p=0,74$ ), la chirurgie mammaire ( $\chi^2=1,77$ ;  $p=0,23$ ) les difficultés d'allaitement à un mois ( $\chi^2=0,09$ ;  $p=0,76$ ) ou à trois mois ( $\chi^2=0,36$ ;  $p=0,55$ ), ainsi que les symptômes dépressifs à 48 heures ( $\chi^2=2,22$ ;  $p=0,19$ ), un mois ( $\chi^2=0,00$ ;  $p=1,00$ ) et trois mois ( $\chi^2=0,01$ ;  $p=1,00$ ).

Tableau 7 - Caractéristiques des mères selon le statut d'allaitement à 3 mois  
(n=109)

Caractéristiques	Arrêt de l'allaitement à 3 mois				Test	p
	Oui		Non			
	n	%	n	%		
	Moyenne (ET)		Moyenne (ET)			
Âge de la mère (n=109)		27,7 (4,2)		27,4 (3,2)	t = -0,34	0,73
Niveau de scolarité (n=106)						
Secondaire	7	30,4 %	16	69,6 %	$\chi^2 = 1,64$	0,44
Collégial	17	38,6 %	27	61,4 %		
Universitaire	10	25,6 %	29	74,4 %		
Revenu familial annuel (n=107)						
Moins de 45000\$	7	25,9 %	20	74,1 %	$\chi^2 = 0,59$	0,74
45000-55000\$	6	35,3 %	11	64,7 %		
55000\$ et plus	21	33,3 %	42	66,6 %		
Intention d'allaiter (n=108)						
Déterminée à allaiter	5	17,2 %	24	82,8 %	$\chi^2 = 7,54$	0,02*
Fait l'essai	27	35,1 %	50	64,9 %		
Indécise	2	100 %	0	0 %		
Chirurgie mammaire (n=108)						
Oui	2	66,6 %	1	33,3 %	$\chi^2 = 1,77$	0,23
Non	32	30,5 %	73	69,5 %		
Difficulté d'allaitement à 48h (n=107)						
Oui	14	23,0 %	47	77,0 %	$\chi^2 = 5,10$	0,04*
Non	20	43,5 %	26	56,5 %		
Difficulté d'allaitement à 1 mois (n=106)						
Oui	24	30,0 %	56	70,0 %	$\chi^2 = 0,09$	0,76
Non	7	26,9 %	19	73,1 %		
Difficulté d'allaitement à 3 mois (n=93)						
Oui	10	19,2 %	42	80,8 %	$\chi^2 = 0,36$	0,55
Non	10	24,4 %	31	75,6 %		
Symptômes dépressifs à 48h (n=109)						
Oui (Score $\geq 10$ )	6	50,0 %	6	50,0 %	$\chi^2 = 2,22$	0,19
Non (Score < 10)	28	37,3 %	69	62,7 %		
Symptômes dépressifs à 1 mois (n=109)						
Oui (Score $\geq 10$ )	5	31,3 %	11	68,7 %	$\chi^2 = 0,00$	1,00
Non (Score < 10)	29	31,2 %	64	68,8 %		
Symptômes dépressifs à 3 mois (n=107)						
Oui (Score $\geq 10$ )	2	28,6 %	5	71,4 %	$\chi^2 = 0,01$	1,00
Non (Score < 10)	31	30,7 %	70	69,3 %		

\* p < 0,05

#### 4.6 Caractéristiques du bébé et arrêt de l'allaitement

Des analyses de normalité concluent que les caractéristiques des bébés se distribuent normalement. Cependant, les variables ne présentaient pas de variation et n'ont par conséquent pas été considérées pour les prochaines analyses à l'exception des problèmes de tétée (Tableau 8), lesquels diminuent dans le temps. Ainsi, à 48 heures, ce sont 51% des bébés qui ont des problèmes de tétée comparativement à 39% à un mois et 22% à trois mois.

Tableau 8 - Problème de tétée à 48 heures, un et trois mois

Caractéristique	48 heures		1 mois		3 mois	
	n	%	n	%	n	%
Problème de tétée						
Oui	71	51,1%	42	38,9 %	17	21,8 %
Non	68	48,9%	66	61,1 %	61	78,2 %

##### 4.6.1 Caractéristiques des bébés selon le statut d'allaitement à un mois

Les caractéristiques des bébés à un mois ont été comparées pour les deux groupes (tableau 9). Les résultats indiquent qu'il existe une différence significative entre les bébés qui sont allaités et ceux qui ne sont pas allaités à un mois en ce qui concerne l'âge gestationnel (test  $t=-1,98$ ;  $p=0,05$ ). Toutefois, cette association n'est pas cliniquement significative, puisque tous les bébés sont nés à terme pour les deux groupes.

En ce qui concerne le poids à la naissance, aucune différence significative n'est observable. En effet, le poids des bébés qui ne sont plus allaités à un mois ne sont pas différents de ceux qui sont allaités pour cette période (test  $t=-1,35$ ;  $p=0,18$ ).

De plus, on peut observer qu'il n'existe aucune différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne le sexe du bébé ( $\chi^2=0,01$ ;  $p=0,92$ ).

Enfin, les bébés ayant reçu un complément de préparation commerciale à l'hôpital n'ont pas moins de chance d'être allaités à un mois que ceux qui n'en n'ont pas reçu ( $\chi^2=2,07$ ;  $p=0,16$ ). Les problèmes de tétée ont également été comparés pour les deux groupes de bébés. Il n'y a pas de différence entre le statut d'allaitement à un mois selon que le bébé a connu des problèmes de tétée ou non à la naissance ( $\chi^2=1,58$ ;  $p=0,21$ ). Cependant, les bébés qui présentent des problèmes de tétée à un mois ont moins de chance d'être allaités que ceux qui n'en n'ont pas à la même période ( $\chi^2=10,7$ ;  $p=0,002$ ).

Tableau 9 - Caractéristiques des bébés selon le statut d'allaitement à 1 mois  
(n=129)

Caractéristiques	Arrêt de l'allaitement à 1 mois				Test	p
	Oui (n=33)		Non (n=96)			
	n	%	n	%		
	Moyenne (ET)		Moyenne (ET)			
Âge gestationnel (semaines)	40,2 (1,0)		39,7 (1,1)		t = -1,98	0,05*
Poids de naissance (g)	3547 (565)		3404 (372)		t = -1,35	0,18
Sexe						
Masculin	16	25,8 %	46	74,2 %	$\chi^2 = 0,01$	0,92
Féminin	17	26,6 %	47	73,4 %		
Complément à l'hôpital						
Oui	14	20,9 %	53	79,1 %	$\chi^2 = 2,07$	0,16
Non	19	32,2 %	40	67,8 %		
Problème de tétée à 48h						
Oui	20	30,3 %	46	69,7 %	$\chi^2 = 1,58$	0,21
Non	13	20,6 %	50	79,4 %		
Problème de tétée à 1 mois						
Oui	11	26,2 %	31	73,8 %	$\chi^2 = 10,7$	0,002**
Non	3	4,8 %	63	92,2 %		

\* p < 0,05

\*\* p < 0,01



#### 4.6.2 Caractéristiques des bébés selon le statut d'allaitement à trois mois

Le tableau 10 présente les caractéristiques des bébés selon le statut d'allaitement à trois mois. Les résultats indiquent qu'il n'existe aucune différence significative entre les bébés allaités et ceux qui ne le sont pas à trois mois en ce qui concerne l'âge gestationnel (test  $t=-0,56$ ;  $p=0,58$ ). Quant au poids à la naissance (test  $t=-0,49$ ;  $p=0,63$ ) et au sexe ( $\chi^2=0,00$ ;  $p=0,99$ ), aucune différence significative n'est observable à trois mois. En effet, le sexe du bébé chez les mères qui cessent l'allaitement est statistiquement comparable à celui des mères qui poursuivent l'allaitement à trois mois.

On note qu'il n'existe pas de différence significative entre les bébés qui ont reçu un complément de préparation commerciale durant leur séjour à l'hôpital et ceux n'en n'ayant pas reçu en fonction au statut d'allaitement à trois mois ( $\chi^2=0,91$ ;  $p=0,34$ ).

Enfin, Les problèmes de tétée ont également été comparés pour les deux groupes de bébés. Les résultats indiquent qu'il n'existe pas de différence significative entre les bébés qui présentent des problèmes de tétée à 48 heures ( $\chi^2=1,32$ ;  $p=0,25$ ) et trois mois ( $\chi^2=0,24$ ;  $p=0,62$ ). Toutefois, un bébé présentant des problèmes de tétée à un mois est moins susceptible d'être allaité à trois mois ( $\chi^2=6,40$ ;  $p=0,02$ ).

Tableau 10 - Caractéristiques des bébés selon le statut d'allaitement à 3 mois  
(n=109)

Caractéristiques	Arrêt de l'allaitement à 3 mois				Test	p
	Oui (n=34)		Non (n=75)			
	n	%	n	%		
	Moyenne (ET)		Moyenne (ET)			
Âge gestationnel (semaines)	39,9 (1,2)		39,7 (1,1)		t = -0,56	0,58
Poids de naissance (g)	3476 (542)		3427 (361)		t = -0,49	0,63
Sexe						
Masculin	16	32,0 %	34	68,0 %	$\chi^2 = 0,00$	0,99
Féminin	18	32,1 %	38	67,9 %		
Complément à l'hôpital						
Oui	16	28,1 %	41	71,9 %	$\chi^2 = 0,91$	0,34
Non	18	36,7 %	31	63,3 %		
Problème de tétée à 48h						
Oui	19	36,5 %	33	63,5 %	$\chi^2 = 1,32$	0,25
Non	15	26,3 %	42	73,7 %		
Problème de tétée à 1 mois						
Oui	11	33,3 %	22	66,6 %	$\chi^2 = 6,40$	0,02*
Non	7	11,7 %	53	88,3 %		
Problème de tétée à 3 mois						
Oui	1	5,9 %	16	94,1 %	$\chi^2 = 0,24$	0,62
Non	2	3,3 %	59	96,7 %		

\* p < 0,05

#### 4.7 Caractéristiques de la relation mère-enfant et arrêt de l'allaitement

Cette section se divise en trois parties : le résultat des tests de normalité, la description des caractéristiques de la relation mère-enfant selon le statut d'allaitement à un mois et trois mois et le lien entre ces caractéristiques et le statut d'allaitement à un mois et trois mois.

Le test de normalité montre que la distribution du score de sensibilité maternelle ne suit pas une loi normale. Ainsi, les centiles et un test de Mann-Whitney

ont été effectués. Les résultats sont présentés au tableau 11. Ainsi, les centiles de la sensibilité maternelle et des sous-échelles montrent une faible variabilité des différents scores selon que la sensibilité a été mesurée à 48 heures, un mois ou trois mois suivant la naissance de l'enfant. Leur variation est de 1,2 à 2,3 sur une échelle de 1 à 6.

Tableau 11 - Sensibilité maternelle	
Variable	Centiles
48 heures (n=138)	
Sensibilité maternelle	1,8 (1,6-2,1)
Découverte	2,0 (1,7-2,5)
Contact Affectif	1,2 (1,0-1,6)
Proximité physique	1,4 (1,1-1,9)
Communication	2,3 (2,0-3,0)
Engagement	1,8 (1,5-2,0)
1 mois (n=129)	
Sensibilité maternelle	1,6 (1,5-2,0)
Découverte	1,8 (1,5-2,2)
Contact Affectif	1,4 (1,2-1,8)
Proximité physique	1,4 (1,1-1,9)
Communication	2,0 (1,5-2,5)
Engagement	1,7 (1,4-2,0)
3 mois (n=109)	
Sensibilité maternelle	1,4 (1,2-1,6)
Découverte	1,5 (1,2-1,8)
Contact Affectif	1,2 (1,0-1,4)
Proximité physique	1,4 (1,1-1,9)
Communication	1,2 (1,0-1,5)
Engagement	1,4 (1,4-1,8)

Résultats présentés avec médiane (étendue interquartile) (25e-75e percentile)

Le tableau 12 présente la sensibilité maternelle selon le statut d'allaitement à un mois. Les résultats indiquent qu'il existe une différence significative selon le statut d'allaitement et la sous-échelle contact physique de la sensibilité maternelle à 48 heures ( $p=0,04$ ). En effet, les mères qui cessent d'allaiter à un mois ont un score plus élevé au contact physique que celles qui allaitent durant cette période.

On peut aussi observer que le score de la sous-échelle découverte de la sensibilité maternelle à un mois est significativement associée selon le statut d'allaitement ( $p=0,03$ ). En ce qui a trait aux autres sous-échelles de la sensibilité maternelle, aucune différence significative n'est observée entre les deux groupes de mères.

Tableau 12 - Sensibilité maternelle à 48 heures et 1 mois selon le statut d'allaitement à 1 mois (n=129)

	Arrêt de l'allaitement à 1 mois		p (Mann-Whitney)
	Oui (n=33) Centile	Non (n=96) Centile	
Sensibilité maternelle à 48h	1,80 (1,46-2,00)	1,58 (1,36- 1,79)	0,57
Découverte	2,00 (1,75-2,70)	2,00 (1,45-2,45)	0,16
Engagement affectif	1,40 (1,00-1,60)	1,20 (1,00-1,75)	0,94
Contact physique	1,60 (1,10-2,00)	1,30 (1,10-1,90)	0,04*
Communication	2,30 (2,00-2,90)	2,30 (2,00-3,00)	0,67
Engagement	1,80 (1,50-2,00)	1,70 (1,40-2,00)	0,52
Sensibilité maternelle à 1 mois	1,00 (1,00-1,50)	1,50(1,00-2,00)	0,19
Découverte	1,55 (2,10-2,50)	1,70 (1,50-2,15)	0,03*
Engagement affectif	1,00 (1,40-1,95)	1,40 (1,20-1,80)	0,89
Contact physique	1,15 (1,60-2,00)	1,40 (1,10-1,90)	0,28
Communication	1,40 (2,20-2,70)	2,00 (1,50-2,30)	0,45
Engagement	1,40 (1,80-2,20)	1,70 (1,40-1,98)	0,10

Résultats présentés avec médiane (étendue interquartile) (25e-75e percentile)

\* $p < 0,05$

Le tableau 13 présente les composantes de la sensibilité maternelle des mères selon le statut de l'allaitement à trois mois. On peut observer qu'aucune variable n'a atteint un seuil de probabilité statistique indiquant une différence significative entre les mères qui ont ou n'ont pas cessé l'allaitement à trois mois.

Tableau 13 - Sensibilité maternelle à 48 heures, 1 mois et 3 mois selon le statut d'allaitement à 3 mois (n=109)

	Arrêt de l'allaitement à 3 mois		p (Mann-Whitney)
	Oui (n=34)	Non (n=75)	
	Centile	Centile	
Sensibilité maternelle à 48h	1,69 (1,41-1,94)	1,60 (1,38- 1,84)	0,43
Découverte	2,00 (1,70-2,50)	2,00 (1,70-2,50)	0,75
Engagement affectif	1,40 (1,00-1,80)	1,20 (1,00-1,80)	0,92
Contact physique	1,60 (1,10-1,93)	1,40 (1,10-1,90)	0,38
Communication	2,25 (1,80-2,80)	2,50 (2,00-3,20)	0,11
Engagement	1,80 (1,58-2,00)	1,70 (1,40-2,00)	0,49
Sensibilité maternelle à 1 mois	1,61 (1,23-2,03)	1,50 (1,30-1,72)	0,72
Découverte	1,67 (1,17-2,29)	1,67 (1,50-2,17)	0,54
Engagement affectif	1,20 (1,00-1,60)	1,40 (1,20-1,80)	0,11
Sensibilité – Contact physique	1,29 (1,14-1,86)	1,50 (1,14-1,79)	0,59
Communication	1,67 (1,21-2,00)	1,60 (1,20-1,92)	0,63
Engagement	1,56 (1,44-2,00)	1,56 (1,44-1,89)	0,94
Sensibilité maternelle à 3 mois	1,47 (1,28-1,77)	1,36 (1,21-1,61)	0,14
Découverte	1,70 (1,20-1,80)	1,30 (1,20-1,80)	0,43
Engagement affectif	1,20 (1,00-1,80)	1,20 (1,00-1,40)	0,47
Contact physique	1,40 (1,10-2,10)	1,30 (1,10-1,70)	0,10
Communication	1,20 (1,00-1,60)	1,20 (1,00-1,30)	0,10
Engagement	1,60 (1,40-1,90)	1,40 (1,40-1,70)	0,39

Résultats présentés avec médiane (étendue interquartile) (25e-75e percentile)

\*p < 0,05

#### 4.8 Caractéristiques du soutien social et arrêt de l'allaitement

Deux formes de soutien ont été analysées ; le soutien social du conjoint et celui de l'entourage. La distribution de ces variables ne suit pas une courbe normale. Pour cette raison, les médianes ainsi qu'un test de Mann-Whitney ont été utilisés. Les résultats sont présentés au tableau 14. Les centiles du soutien donné par le conjoint et l'entourage sont similaires à 48 heures, un mois et trois mois. Les résultats varient de 1,2 à 1,5 sur une échelle de 1 à 6.

Tableau 14 - Soutien du conjoint et de l'entourage à 48 heures, un mois et trois mois

Variable	n	Centiles
48 heures		
Soutien du conjoint	138	1,2 (1,0-1,5)
Soutien de l'entourage	135	1,3 (1,0-1,7)
1 mois		
Soutien du conjoint	127	1,5 (1,1-1,9)
Soutien de l'entourage	127	1,5 (1,2-1,9)
3 mois		
Soutien du conjoint	107	1,5 (1,2-2,1)
Soutien de l'entourage	104	1,5 (1,2-2,0)

Résultats présentés avec médiane (étendue interquartile) (25e-75e percentile)

Le soutien reçu du conjoint et de l'entourage a ensuite été regardé selon le statut d'allaitement. À un mois, aucune différence statistiquement significative n'est notée en ce qui concerne le soutien reçu du conjoint et de l'entourage selon le statut d'allaitement à un mois (tableau 15).

Tableau 15 - Soutien du conjoint et de l'entourage selon le statut d'allaitement à 1 mois  
(n=129)

Soutien	Arrêt de l'allaitement à 1 mois		p (Mann-Whitney)
	Oui (n=33) Centile	Non (n=95) Centile	
Soutien du conjoint – 48h	1,09 (1,00-1,45)	1,18 (1,00-1,45)	0,99
Soutien de l'entourage – 48h	1,55 (1,09-2,00)	1,27 (1,00-1,64)	0,10
Soutien du conjoint – 1 mois	1,50 (1,11-1,98)	1,45 (1,09-1,91)	0,57
Soutien de l'entourage – 1 mois	1,45 (1,14-1,89)	1,55 (1,18-1,91)	1,00

Résultats présentés avec médiane (étendue interquartile) (25e-75e percentile)

\*p < 0,05

Le tableau 16 présente le soutien du conjoint et de l'entourage selon le statut d'allaitement à trois mois. A cet égard, on n'observe aucune différence significative entre le groupe des mères qui ont cessé l'allaitement et celles qui ont poursuivi l'allaitement durant cette période.

Tableau 16 - Soutien du conjoint et de l'entourage selon le statut d'allaitement à 3 mois  
(n=109)

Soutien	Arrêt de l'allaitement à 3 mois		p (Mann-Whitney)
	Oui (n=34) Centile	Non (n=75) Centile	
Soutien du conjoint – 48h	1,09 (1,00-1,39)	1,18 (1,00-1,45)	0,13
Soutien de l'entourage – 48h	1,18 (1,00-1,55)	1,27 (1,09-1,64)	0,34
Soutien du conjoint – 1 mois	1,36 (1,00-1,89)	1,45 (1,11-1,89)	0,59
Soutien de l'entourage – 1 mois	1,41 (1,10-1,77)	1,55 (1,14-1,85)	0,48
Soutien du conjoint – 3 mois	1,45 (1,00-1,91)	1,45 (1,18-2,18)	0,40
Soutien de l'entourage – 3 mois	1,59 (1,00-2,00)	1,52 (1,18-2,00)	0,95

Résultats présentés avec médiane (étendue interquartile) (25e-75e percentile)

\*p < 0,05

#### 4.9 Facteurs prédictifs de l'arrêt de l'allaitement maternel à trois mois

À la suite des analyses corrélationnelles et comparatives effectuées pour les variables prises individuellement en regard de l'arrêt de l'allaitement, nous avons

testé un modèle multivarié constitué des variables les plus susceptibles de prédire l'arrêt de l'allaitement à trois mois. La modélisation des variables est traitée à l'aide de la technique de régression logistique. La variable dépendante est l'arrêt de l'allaitement à trois mois (oui, non) et les variables indépendantes sont regroupées en quatre catégories : 1) les facteurs liés à la mère, 2) à l'enfant, 3) à la relation mère-enfant et 4) au soutien reçu. Parmi ces variables, nous avons conservé celles qui étaient significativement associées à l'arrêt de l'allaitement à un mois ou à trois mois, à l'exception des symptômes dépressifs. Les variables prédictives incluses dans le modèle final se retrouvent dans le tableau 17.

Tableau 17 - Facteurs prédictifs de l'arrêt de l'allaitement à trois mois  
(n=108)

Variable	$\beta$	Erreur type	Wald	p	Exp ( $\beta$ )	IC à 95%
Problème de tétée à 1 mois	0,809	0,45	3,18	0,08	2,25	0,923-5,47
Intention d'allaiter à 48 heures	1,18	0,57	4,30	0,04*	3,27	1,06-10,06
Symptômes dépressifs à 48 heures	-0,00	0,58	0,00	0,08	1,00	0,89-1,12
Sensibilité (contact physique) à 48 heures	0,06	0,49	0,02	0,91	1,06	0,41-2,79
Sensibilité (découverte) à 48 heures	0,28	0,38	0,55	0,46	1,33	0,63-2,81
Constante	-,540	,972	,309	,578	,583	

\* p < 0,05

Parmi les variables du modèle de régression ci-dessus, une seule variable permet d'expliquer l'arrêt de l'allaitement à trois mois, soit l'intention d'allaiter (p=0,04). En effet, les mères qui avaient l'intention ferme d'allaiter à 48 heures ont 3,3 fois plus de chance d'allaiter à trois mois.

En somme, ce chapitre ayant porté sur l'analyse des données a permis de constater qu'une intention mitigée face à l'allaitement, telle que mesurée à 48 heures, est la variable permettant le mieux de prédire l'arrêt de l'allaitement à trois mois. Les difficultés d'allaitement et la sensibilité maternelle sont également des variables significativement associées à l'arrêt de l'allaitement avant trois mois, tel que démontré dans les analyses bivariées.



## **CHAPITRE 5 - DISCUSSION**

Cette étude visait à décrire les facteurs maternels ainsi que ceux relatifs à l'enfant, à la relation mère-enfant et au soutien qui sont associés à l'arrêt de l'allaitement avant trois mois. La première section du présent chapitre, vise à interpréter les principaux constats de l'étude et leurs implications pour la pratique clinique. La deuxième section traite des retombées de l'étude pour la poursuite des recherches dans le domaine de l'allaitement maternel. La troisième section porte sur les forces et les limites de l'étude.

### **5.1 Discussion des principaux constats**

Il découle huit constats qui seront discutés en regard des écrits, de la méthodologie utilisée et des retombées pour la clinique.

#### **5.1.1 Près du tiers des mères ont cessé d'allaiter à 3 mois**

À trois mois de vie de l'enfant, les résultats de notre étude montrent que 31% des mères avaient cessé d'allaiter. Ce constat s'apparente au résultat observé dans la récente Enquête canadienne sur la maternité (Agence de la santé publique du Canada, 2009), selon laquelle 32,4% des mères canadiennes avaient cessé d'allaiter à trois mois. Cependant, d'autres études ont rapporté des taux d'arrêt de l'allaitement plus élevés au même moment. Ainsi, au Québec, 38,4 % des mères ont cessé d'allaiter à trois mois en 2006 (ISQ) et dans les régions de Chaudière-Appalaches et de Lanaudière, les taux sont respectivement de 48,3 % (ISQ, 2006) et 47,6% (Guillemette et Badlissi, 2006) au cours de cette même année. La situation est semblable aux États-Unis selon le Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2010).

Dans la région Chaudière-Appalaches, où la recherche a eu lieu, en comparaison avec les statistiques nationales et provinciales recensées, il nous paraît

que le taux d'arrêt de l'allaitement à trois mois aurait diminué depuis 2006 (48,3% vs 31% dans la présente étude). Toutefois, ce résultat est à interpréter avec prudence en raison de la taille restreinte de l'échantillon et du fait que celui-ci n'était pas représentatif de l'ensemble de la population. Nous nous attendions à obtenir un taux d'arrêt de l'allaitement inférieur à ceux décrits dans la littérature, car notre échantillon se composait de mères présentant des caractéristiques davantage associées à la poursuite de l'allaitement, c'est-à-dire qu'elles étaient âgées de plus de 18 ans, avaient un bon soutien de leur entourage ainsi qu'un bébé en santé et né à terme.

L'allaitement maternel constitue une priorité nationale depuis 1997, avec la publication des priorités de santé publique (MSSS, 2001; MSSS, 2008). Depuis, les taux d'allaitement maternel au Québec n'ont cessé d'augmenter, passant de 60% à 85% (Neill *et al.*, 2006). Des données canadiennes indiquent que 22 % des nouvelles mères âgées entre 15 et 49 ans allaitent pendant moins de trois mois et 35% le font pendant au moins trois mois (Statistique Canada, 2002). Cet arrêt prématuré découle bien plus des difficultés reliées à l'allaitement, y compris le manque d'information et de soutien, que du choix des femmes (Tiedje *et al.*, 2002). Au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié les lignes directrices favorisant la mise en place d'interventions visant à encourager les mères à allaiter (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001). Selon le MSSS, les cibles en matière d'allaitement exclusif sont de 75 %, 40 %, 30 % et 10 % respectivement à la sortie des services de maternité, au deuxième, quatrième et sixième mois de vie de l'enfant (MSSS, 2001). Or, Millar et Maclean (2005) ont observé, dans le cadre d'une étude épidémiologique de grande envergure, qu'aucune région du Québec n'a atteint l'ensemble des objectifs fixés par le MSSS, aussi bien en termes d'allaitement maternel total que d'allaitement maternel exclusif. Rappelons que notre étude portait sur l'allaitement total, ce qui nous amène à douter de l'atteinte des objectifs de 2007 chez la population étudiée. Un autre argument appuie cette idée, à savoir que l'échantillon se composait de mères privilégiées au plan socioéconomique. La politique de périnatalité 2008-2018 (MSSS, 2008) met en évidence la non atteinte des

cibles et insiste pour que des actions concertées soient menées dans le but de promouvoir, soutenir et encourager les femmes à allaiter leur enfant exclusivement jusqu'à six mois, tel que recommandé par les plus hautes instances en santé (AAP, 2005; WHO, 2003).

#### 5.1.2 Arrêt plus marqué avant le premier mois.

Les résultats montrent que le quart des participantes ont cessé d'allaiter à un mois. À cet effet, l'Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006 rapporte que le taux d'arrêt d'allaitement à un mois dans la région de Chaudière-Appalaches se situait à 34,6 % (ISQ, 2006). Au niveau de la province, le taux se situait à 28,9 %. On pourrait donc soulever l'hypothèse que la situation s'est améliorée dans cette région au cours des dernières années. D'autres études ont montré que plus du tiers des mères ont cessé d'allaiter à un mois (Guillemette et Badlissi, 2006; Ladomenou *et al.*, 2007 ; Lewallen *et al.*, 2005). Ces études visaient les mères primipares et multipares alors que notre étude se concentre sur les mères primipares uniquement. Or, il est connu que les primipares cessent leur allaitement plus rapidement que les multipares (Taveras *et al.*, 2003). Considérant entre autres, cette particularité de notre échantillon, il est difficile d'affirmer avec certitude que la situation se soit améliorée.

Plus précisément, dans la région de Chaudière-Appalaches, l'enquête 2005-2006 de l'Institut Statistique du Québec (ISQ, 2006) montre que le taux d'allaitement total se situe à 80,3 % pendant le séjour au centre hospitalier et à 57 %, 47,6 % et 35,7 % respectivement au deuxième, quatrième et sixième mois de vie de l'enfant. Ces observations suggèrent qu'il existe un besoin pressant d'implanter des programmes visant à soutenir la durée de l'allaitement maternel dans la région de Chaudière-Appalaches.

Les deux premières semaines suivant l'accouchement sont cruciales pour la poursuite de l'allaitement, à cause des difficultés d'allaitement propres à cette période

(Bell *et al.*, 2006a; Gau, 2004, Guillemette et Badlissi, 2006). Selon Bell *et al.*, (2006a), dans une étude menée en Estrie, un peu plus du quart des mères (27,9%) qui cessent d'allaiter au cours des six premiers mois le font dans la première semaine suivant la naissance de leur bébé. Il n'est pas étonnant de constater qu'un grand nombre de mères cessent dès le début puisque l'allaitement demande une adaptation de leur part et de la part du bébé (MSSS, 2008). D'ailleurs, l'American Academy of Pediatrics (2005) recommande aux professionnels de la santé d'intervenir lorsque l'enfant est âgé de deux semaines de vie en vue de fournir un soutien additionnel et d'encourager la mère à poursuivre son allaitement.

Ces deux premiers constats à l'effet que les taux d'allaitement chutent rapidement au cours des premières semaines, devraient retenir l'attention des professionnels de la santé. Ils justifient la nécessité de poursuivre les efforts visant à bien guider et accompagner les femmes à propos de cette forme d'alimentation de leur bébé. Plus particulièrement, les infirmières doivent être attentives au besoin de soutien des mères et assurer un suivi entre le milieu hospitalier et communautaire.

#### 5.1.3 Les mères incertaines quant à leur intention d'allaiter cessent d'allaiter précocement.

Les mères qui ont cessé d'allaiter au cours des trois premiers mois sont plus nombreuses à avoir mentionné qu'elles avaient l'intention d'allaiter à la naissance et de poursuivre si l'allaitement allait bien. Même que près du trois-quarts des participantes de notre étude se disaient prêtes à essayer et à continuer si tout allait bien. Ce résultat sous-tend que la majorité des mères se donnent la possibilité de réévaluer la pertinence de leur projet d'allaitement. Cette modulation de l'intention ne traduit pas une ferme intention d'allaiter. D'autres études sont arrivées à une conclusion semblable à la nôtre, à savoir que les mères ayant une intention nuancée ont mis fin précocement à leur allaitement (Avery *et al.*, 1998; Kronborg et Vaeth, 2004; Lacombe *et al.*, 2010). Quarles *et al.*, (1994) dans une étude quasi-expérimentale menée dans deux hôpitaux aux États-Unis concluaient que l'intention

d'allaiter comptait pour 18% de la variance de la durée de l'allaitement. Par ailleurs, il a été démontré qu'une intention ferme d'allaiter est associée à la poursuite de l'allaitement (Forster *et al.*, 2006; Lacombe *et al.*, 2010; McLeod *et al.*, 2002; Sullivan *et al.*, 2004).

La mesure à trois niveaux de l'intention d'allaiter (ferme, nuancée, indécise) utilisée dans la présente étude ajoute aux connaissances sur cette association déjà documentée entre l'intention et le comportement d'allaiter. En effet, dans la plupart des études consultées, l'intention d'allaiter est traitée comme une variable dichotomique (oui-non), ce qui limite la compréhension de l'apport de ce facteur. De plus, comme l'ont souligné Nommsen-Rivers *et al.*, (2010), il n'existe aucun «gold standard» pour mesurer l'intention d'allaiter. Ainsi, chaque chercheur peut utiliser une façon différente de classifier cette variable, ce qui contribue certainement à nuancer les connaissances actuelles à ce sujet.

La théorie de l'action planifiée d'Ajzen et Madden (1986) fournit des appuis scientifiques quant à l'intention d'adopter un comportement et à sa concrétisation. Par conséquent, elle peut aider à mieux comprendre les facteurs en jeu dans l'adoption ou l'abandon d'un comportement (allaitement), ce qui est nécessaire aux professionnels de la santé pour connaître la ou les meilleures stratégies permettant d'intervenir efficacement (Godin et Côté, 2006, p.129). Ce résultat appuie l'idée d'agir le plus tôt possible auprès des femmes et des futures mères.

#### 5.1.4 Les mères présentant des difficultés d'allaitement à l'hôpital sont plus susceptibles d'avoir cessé l'allaitement à trois mois.

Dans la présente étude, les mères qui arrêtent d'allaiter avant trois mois ont rapporté avoir eu plus de difficultés d'allaitement à 48 heures, ce qui corrobore les résultats d'études publiées sur le sujet (McLeod *et al.*, 2002). Les difficultés avec la méthode d'allaitement, prise au sens large, sont reconnues comme étant la première

cause d'arrêt de l'allaitement dans les écrits (McLeod *et al.*, 2002; Santé Canada, 2003; Scott *et al.*, 2006b).

Une mère sur quatre dans notre échantillon présentait des problèmes d'allaitement dès son séjour à l'hôpital et une sur deux à un mois. Selon nos attentes, les difficultés d'allaitement auraient dû être moins fréquentes au fil du temps. Cependant, nous avons trouvé l'inverse, c'est-à-dire que les mères de notre échantillon ont été plus nombreuses à rapporter avoir vécu des difficultés d'allaitement à un mois qu'à 48 heures et à trois mois. On peut se questionner sur le soutien reçu et les interventions réalisées pour solutionner ces problèmes au cours de la période postnatale. La diminution du soutien infirmier après le retour à domicile est parfois mise en cause dans l'arrêt précoce de l'allaitement (Protheroe *et al.*, 2003). En regard de ce résultat, il nous apparaît important d'offrir aux mères une ressource en allaitement ou des interventions plus soutenues à l'hôpital, mais aussi à domicile durant les premières semaines.

Dans la présente étude, la difficulté d'allaitement était définie comme étant un problème d'allaitement rencontré par la mère, qu'il s'agisse de douleur aux mamelons, de phlyctène, de gerçure ou crevasse, d'abcès, de mastite ou d'engorgement mammaire. Les devis et les instruments utilisés pour documenter les problèmes d'allaitement dans les différentes études consultées s'attardent à la perception qu'a la mère d'avoir un problème d'allaitement. Cette façon de faire peut influencer les résultats obtenus. De rares études ont pris en compte des facteurs plus sensibles et intimes pour expliquer la poursuite ou l'arrêt de l'allaitement. Par exemple, Schulze *et al.*, (2010), dans une revue de la littérature, notent que le regard porté sur les mères qui allaitent peut influencer la décision des mères face à l'allaitement.

Un des rôles majeurs de l'infirmière est de reconnaître rapidement les mères et les enfants présentant des difficultés d'allaitement. Pour ce faire, il importe d'initier

les infirmières aux interventions de soutien à l'allaitement maternel. Les interventions infirmières auraient avantage à être fondées sur des modèles ou théories de changement de comportement pour comprendre le processus de décision des mères et les aider à modifier certains comportements. Ainsi, les infirmières pourraient modifier leur intervention et soutenir plus adéquatement les mères qui décident d'allaiter. En milieu hospitalier, le rôle de l'infirmière en regard de l'allaitement est très important, car il concerne la gestion précoce des problèmes d'allaitement tant pour la mère que pour le bébé. Bref, les mères ont besoin d'un soutien professionnel pour éviter de cesser leur allaitement. Ainsi, les infirmières doivent repérer avec justesse les difficultés rencontrées par les femmes, choisir des interventions appropriées et ajuster leurs interventions selon le point de vue des femmes. Ceci rejoint les recommandations en matière d'intervention centrée sur le client (Gottlieb et Feeley, 2006).

#### 5.1.5 Les mères dont les bébés présentent des problèmes de tétée cessent d'allaiter précocement.

Actuellement, peu d'études se sont intéressées aux problèmes de tétées séparément des difficultés d'allaitement. Dans notre étude, les bébés qui présentent des problèmes de tétée sont moins susceptibles d'être allaités à trois mois. Nos résultats permettent de préciser les connaissances quant aux difficultés d'allaitement entraînant son arrêt précoce, à savoir qu'il s'agit plus spécifiquement des problèmes de tétée. En effet, comme plusieurs autres auteurs, Guillemette et Badlissi (2006) ainsi que Millar et Maclean (2005), ont associé de façon générale un problème technique d'allaitement relié au bébé comme étant un facteur important dans l'arrêt de l'allaitement. Ce résultat a des implications cliniques pour les infirmières qui pourraient apporter un plus grand soutien aux mères dont le bébé a de la difficulté à téter. De plus, les infirmières dans les cours prénataux devraient transmettre de l'information concernant les raisons pour lesquelles un bébé peut refuser le sein et proposer des moyens de prévenir ce problème.

#### 5.1.6 Les symptômes dépressifs ne sont pas associés à l'arrêt précoce de l'allaitement.

Les résultats de la présente étude montrent que les symptômes dépressifs des mères ne sont pas associés à l'arrêt de l'allaitement avant trois mois lorsque nous utilisons comme outil de mesure l'échelle d'Édimbourg. Cependant, la plupart des études concluent qu'un haut score de symptomatologie dépressive est associé à l'arrêt précoce de l'allaitement (Tiedje *et al.*, 2002; Dennis et McQueen, 2009; Dunn *et al.*, 2006; Henderson *et al.*, 2003; Mcleod *et al.*, 2002; Taveras *et al.*, 2003). À titre d'exemple, les participantes de l'étude de Dunn *et al.*, (2006), ayant obtenu un résultat de 12 et plus à l'échelle d'Édimbourg étaient plus à risque de cesser l'allaitement que celles ayant obtenu un score moins élevé. Le résultat que nous avons obtenu pourrait être attribuable d'une part, à la taille de notre échantillon et, d'autre part, au fait que nous avons un échantillon de mères privilégiées et présentant peu de facteurs de risque (ou davantage de facteurs de protection), même si la prévalence des symptômes élevés de dépression dans notre échantillon était semblable à celle retrouvée dans la population en général (O'Hara et Swain, 1996; Perfetti *et al.*, 2004; Gaynes *et al.*, 2005). En somme, nous sommes portées à croire que si les participantes déprimées de la présente étude n'ont pas davantage mis fin à leur allaitement que celles n'étant pas déprimées, c'est peut-être parce que la dépression n'était pas associée à d'autres facteurs de vulnérabilité pour elles.



5.1.7 Les mères plus sensibles dans les composantes « découverte » et « contact physique » de la relation avec leur enfant sont moins susceptibles d'avoir cessé l'allaitement à un mois.

Autrement dit, deux sous-échelles de l'Échelle de sensibilité maternelle, soit la découverte et le contact physique, ont été négativement associées à l'arrêt de l'allaitement à un mois. Jusqu'à maintenant, la nature des facteurs étudiés pour expliquer l'arrêt précoce de l'allaitement des enfants est majoritairement reliée à la santé des seins ainsi qu'à l'entretien de la lactation chez la mère. En effet, la plupart des approches utilisées pour étudier l'allaitement sont majoritairement d'ordre technique (mise au sein, position, tétée à la demande, signes d'une succion efficace...). Ces approches misent donc sur des interventions visant à accroître les connaissances de la mère et ses habilités en l'allaitement. Or, peu d'études ont examiné l'aspect relationnel pour justifier l'arrêt précoce de l'allaitement ainsi que la sensibilité, deux facteurs reconnus comme ayant un impact sur la relation mère-enfant. L'intérêt en recherche pour l'allaitement en tant que contexte interactionnel est relativement nouveau. (Lacombe, 2006; O'Brien *et al.*, 2008) A cet égard, la présente étude contribue à l'émergence d'une meilleure compréhension du lien possible entre l'interaction mère-enfant et la poursuite ou non de l'allaitement.

5.1.8 La qualité du soutien reçu de la part du conjoint et de l'entourage n'est pas associée à l'arrêt précoce de l'allaitement.

Nos résultats suggèrent que le soutien du conjoint et de l'entourage n'influencent pas le statut d'allaitement des participantes au cours des trois premiers mois. Notons toutefois que les scores de la perception des mères quant au soutien reçu de leur conjoint et de l'entourage sont élevés dans la présente étude. De plus, ces scores présentent une faible variabilité. Ces limites méthodologiques nous apparaissent les plus probables pour expliquer les résultats obtenus. Cette caractéristique de notre échantillon confirme qu'il s'agit bien d'un échantillon de

mères privilégiées et présentant peu de facteurs de risque (ou plusieurs facteurs de protection).

Cependant, notons que la plupart des études recensées rapportent un lien entre le manque de soutien et l'arrêt de l'allaitement (Callen et Pinelli, 2004; Dubois, *et al.*, 2000; Dumas et Lepage, 1999; Falceto, *et al.*, 2004; et Pelletier, 2001), particulièrement le manque de soutien du conjoint (Dumas et Lepage, 1999; Falceto *et al.*, 2004; Li *et al.*, 2004; Scott *et al.*, 2006b), de la famille et des amies (Dubois *et al.*, 2000; Pelletier, 2001; Dumas et Lepage, 1999; Scott *et al.*, 2006b) ainsi que le manque de soutien formel (Loiselle *et al.*, 2001; Taveras *et al.*, 2003; Wambach *et al.*, 2005). Par exemple, dans l'étude de Lacombe et ses collaboratrices (2006), ayant un échantillon semblable au nôtre, il a été observé que les mères qui ont la perception d'avoir moins de soutien sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement jusqu'à six mois que celles qui n'ont pas cette perception..

Par ailleurs, dans une revue de la littérature visant à identifier les facteurs associés à un allaitement prolongé ou à un sevrage précoce et les interventions de soutien à l'allaitement efficace, Noirhomme-Renard, *et al.*, (2006) ont conclu qu'il est primordial que les mères soient soutenues si l'on veut que l'allaitement maternel se poursuive. Dans cet ordre d'idées, dans la présente étude, nous avons contrôlé pour les principaux facteurs sociodémographiques connus pour leur association avec l'arrêt précoce de l'allaitement, comme l'âge de la mère, le niveau de scolarité, le revenu, la présence d'un conjoint, la santé de la mère et du bébé ainsi que l'âge gestationnel. Par conséquent, le taux d'arrêt de l'allaitement aurait dû être inférieur à ce qui est observé dans la population, ce qui n'a pas été le cas. Ces constatations appuient l'idée que l'allaitement est un phénomène complexe, qui s'explique par des facteurs qui vont au-delà des facteurs sociodémographiques. En effet, nous croyons qu'il s'agit avant tout d'une relation impliquant la mère et l'enfant et qui se construit sur la base de leur expérience et de leurs caractéristiques individuelles.

Le soutien des infirmières a un lien avec le démarrage et la continuité de l'allaitement. Ainsi, une revue Cochrane avance que le soutien de l'allaitement par des infirmières bien qualifiées et informées augmente l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement (Sikorski et Renfrew, 2001 et Sikorski *et al.*, 2003). Un certain nombre de chercheurs font consensus à savoir que le soutien des professionnels augmente significativement la mise en route de l'allaitement (Lu *et al.*, 2001 ; Taveras *et al.*, 2004). Ainsi, il existe une association entre l'efficacité du soutien des professionnels de la santé et l'allaitement. Considérant l'effet positif du soutien des infirmières et les facteurs associés à l'arrêt de l'allaitement, il ne fait nul doute que les infirmières doivent redoubler leurs efforts afin d'intervenir adéquatement et efficacement dans le domaine de la promotion et du soutien de l'allaitement.

.

## **5.2 Retombées pour la recherche**

Étant donné l'importance du rôle de l'intention dans la poursuite de l'allaitement, il serait intéressant de mieux comprendre la prise de décision d'allaiter, notamment en étudiant le moment de la prise de décision et le processus utilisé par les femmes pour se faire une opinion personnelle sur l'allaitement.

Aussi, afin de mieux comprendre ce qui amène les mères à cesser leur allaitement, il serait indiqué d'utiliser des instruments ou des devis qui valorisent l'expression de l'ensemble des motifs impliqués dans la prise de décision de mettre fin à l'allaitement.

D'autres études auprès d'échantillons plus variés sont nécessaires afin de comprendre l'arrêt de l'allaitement à partir d'une perspective davantage écologique. Les recherches doivent être poursuivies pour obtenir une meilleure compréhension de l'arrêt de l'allaitement afin d'être en mesure d'identifier et d'initier des interventions préventives et ceci, dans le but de soutenir les mères les plus à risque de cesser l'allaitement.

La connaissance des données probantes en allaitement est nécessaire pour collaborer étroitement avec la mère qui vit une difficulté d'allaitement. Ce projet nous permet donc d'augmenter les connaissances en allaitement maternel et par le fait même, de promouvoir des habitudes de santé saines. Aussi, l'infirmière se doit de travailler en partenariat avec la mère. L'infirmière et la mère doivent déterminer conjointement un plan d'intervention.

Lors d'une prochaine étude, la perspective de la mère qui n'allait pas devrait être étudiée pour mieux comprendre son vécu. Aussi, il serait important d'examiner les facteurs associés à divers types d'allaitement afin de mieux distinguer les types de

facteurs. Des études auprès d'échantillons plus hétérogènes de femme s'imposent afin de tracer un profil des mères qui serait plus complet et qui nous permettrait de pouvoir comparer avec la littérature existante.

Éventuellement, le développement d'interventions favorisant la relation mère-enfant tout en soutenant l'allaitement permettrait de cibler des façons efficaces d'encourager l'allaitement. D'autres études s'imposent pour examiner en profondeur les liens entre la relation mère-enfant et l'arrêt de l'allaitement. L'état actuel des connaissances à ce sujet est peu élaboré. Pour ce faire, il faudrait choisir dans la population des échantillons représentatifs des mères et des bébés. Ces études s'inscriraient dans la perspective que l'allaitement maternel se veut une occasion d'interaction mère-enfant.

### **5.3 Forces et limites de l'étude**

La principale force de cette étude repose sur son caractère innovateur. En effet, il s'agit d'une première étude utilisant une approche multidimensionnelle pour expliquer l'arrêt de l'allaitement en incluant entre autres, la relation mère-bébé. Aussi, la plupart des outils de la collecte des données ont fait l'objet de validation. De plus, l'étude de la relation mère-enfant grâce à l'échantillon homogène permettait de contrôler pour certaines variables comme les variables sociodémographiques.

Cette étude comprend certaines limites. La principale limite est sans contredit un biais de convenance. En effet, seules les mères présentes au moment du recrutement ont été incluses. Aucune information nous permet de documenter les caractéristiques des mères ayant refusé de participer à notre étude, ce qui aurait pu nous permettre de comparer les mères qui ont accepté de participer et celles qui ont refusé.

La seconde limite réside dans la présence possible d'un biais d'information associé à des erreurs de réponse d'encodage ou de classification de l'information

recueillie. Toutefois, les données ont été vérifiées aléatoirement et ont également fait l'objet de vérifications lors des analyses statistiques, diminuant ainsi les risques d'un patron systématique d'erreur. Il est nécessaire de noter que la vérification de l'information saisie a mené au refus d'un questionnaire ou de certaines données qui ont alors été transformées en données manquantes. Dans l'ensemble, le taux de données manquantes est relativement faible (<5%). La fatigue et le désintéressement des mères face au nombre de questionnaires peuvent expliquer cette perte. Il est fort possible que les mères qui n'allaitaient plus leur enfant à l'un ou l'autre des temps de mesure ne se sont pas senties concernées ou motivées à répondre au questionnaire.

Un autre biais possible est un biais de mémoire. En effet, les mères devaient remémorer des éléments de leur expérience d'allaitement qui datait de la naissance de leur bébé. Nous pensons donc que ce biais peut avoir affecté les résultats. Toutefois, ce biais potentiel était probablement le même pour toutes les mères.

Finalement, un biais de désirabilité sociale a pu être présent. L'information peut avoir été biaisée involontairement par le désir des mères de bien paraître socialement et de répondre à la norme sociale en termes d'allaitement maternel.

La validité externe de cette étude est limitée en raison de l'homogénéité de l'échantillon, du niveau de scolarité et du revenu familial élevés. Elles étaient toutes primipares et ont donné naissance à un bébé en santé de 37 semaines de gestation et plus, ce qui n'est pas représentatif de la population de femmes en général. De plus, les participantes proviennent d'un seul établissement de la région de Chaudière-Appalaches. Il est donc difficile de généraliser les résultats à l'ensemble des mères allaitantes pour la période de la naissance à trois mois. Pour une meilleure généralisation des résultats, il serait nécessaire d'avoir des critères d'inclusion plus large ainsi qu'un échantillon provenant de plusieurs milieux.

## CONCLUSION

Cette étude visait à explorer les différents facteurs associés à l'arrêt précoce de l'allaitement maternel, soit au cours des trois premiers mois de vie de l'enfant auprès d'un échantillon de mères représentatives de la population de la région de Chaudière-Appalaches (Québec).

Les résultats obtenus suggèrent que l'intention d'allaiter se présente comme étant le facteur prédictif le plus important de l'arrêt de l'allaitement dans cette population normative. Plus précisément, les mères ayant une intention mitigée face à l'allaitement sont plus à risque de mettre fin à leur projet précocement que celles ayant une intention ferme d'allaiter au moment de donner naissance à leur bébé. Cependant, en plus de l'intention d'allaiter, les difficultés d'allaitement et la sensibilité maternelle sont associés à l'arrêt de l'allaitement avant trois mois de vie de l'enfant.

Notre étude s'inscrit dans un corpus de connaissances de plus en plus probant à l'effet que la disposition psychologique de la mère, soit à quel point elle est convaincue de vouloir allaiter son enfant, est impliqué dans sa poursuite ou non. Ce résultat est de plus en plus significatif cliniquement et inspire les modèles contemporains en soutien à l'allaitement. La tendance actuelle est à l'effet que le soutien à la prise de décision d'allaiter se fasse plus tôt, pendant la grossesse ou même à l'adolescence. La culture d'allaitement qui s'installe graduellement au Québec contribue à initier plus tôt dans la vie des femmes cette intention, voire le désir, d'allaiter leur futur enfant. Cette mouvance est également porteuse pour les professionnelles de la santé impliquées dans la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel.

Outre l'importance de l'intention d'allaiter, notre étude met en évidence le rôle plus subtil mais à comprendre davantage, de la sensibilité maternelle. L'étude de

l'allaitement se situe traditionnellement dans une perspective biophysiological et comportementale. La présente étude s'ajoute aux quelques autres ayant adopté une perspective interactionniste de l'allaitement. Nos résultats suggèrent que la sensibilité maternelle dans les dimensions contact physique et découverte de la relation mère-enfant, intervient dans la durée de l'allaitement. Quoique plus d'études soient nécessaires pour confirmer le lien entre ces deux variables, il s'agit d'une voie fort prometteuse pour mieux comprendre l'allaitement d'une part, mais aussi comprendre comment se développe la relation mère-enfant dans le contexte interactionnel qu'est l'allaitement, d'autre part.

En somme, les infirmières devraient augmenter les activités de soutien à l'allaitement suivant la naissance de l'enfant et observer la relation mère-enfant. Ces dernières se doivent d'informer les femmes non seulement sur les bienfaits de l'allaitement et sur les techniques d'allaitement, mais aussi sur l'importance de la relation mère-enfant.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence de la santé publique du Canada. (2009). Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2007). *Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries*. Evidence report number 153.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Ajzen, I., et Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behaviour: Attitudes, interventions and perceived behavioural control. *Journal of experimental social psychology*, 22.
- Allard, M. (2002). *L'expérience de persistance à l'allaitement maternel de femmes primipares, francophones et québécoises*. Mémoire de maîtrise inédit. Université de Montréal.
- Altshuler, L., Hendrick, V., Cohen, L.S. (1998). Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 2), 29-33.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Paediatrics*, 115(2), 496-506.
- American Institute for Cancer Research. (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). (2003). Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 31 : 481-90.
- Assemblée mondiale de la santé (2002). *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, rapport du Secrétariat, Genève, 55<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé, A55/15, Point 13.10 de l'ordre du jour provisoire du 16 avril.
- Avery, M., Duckett, L., Dodgson, J., Savik, K., Henly, S.J. (1998). Factors associated with very early weaning among primiparas intending to breastfeed. *Maternal and Child Health Journal*, 2(3), 167-179.

- Ball, T., et Wright, A.L. (1999). Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, 103(4), 870-876.
- Banderali, R., Agostini, C., Silano, M., Radailli, G., et Giovannini, M. (1999). Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 88, 356-358.
- Bayot, I. (2005). *Pour une vision globale de l'allaitement maternel*. Institut de la formation de recherche et d'échange autour de la naissance. (pp.1-5). Canada : Institut Co-Naître.
- Beaudry, M., Chiasson, S. et Lauzière, J. (2006). *Biologie de l'allaitement : Le sein, le lait, le geste*. Presses de l'Université du Québec. 570 p.
- Beck, C.T. (2006). Postpartum depression. It isn't just the blues. *AJN*, 106(5), 40-50.
- Bell, L. St-Cyr Tribble, D. et Paul, D. (2001). Le point sur l'allaitement maternel en Estrie. *L'infirmière du Québec*, 9(1), 12-22.
- Bell, L., Goulet, C., St-Cyr Tribble, D., Paul, D. (2004). Modèle d'évaluation et d'intervention sur la relation parents-enfant. Première partie : L'établissement de la relation mère-enfant et père-enfant. *Perspective infirmière*, 1(6), 12-22.
- Bell, L., Moutquin, J.M., Royer, F., St-Cyr Tribble, D. et Yergeau, E. (2006a). *Allaitement maternel en Estrie: Qu'en est-il 5 ans plus tard ?* Estrie : Agence de la Santé et des Services Sociaux de Sherbrooke.
- Bell, L., Lacombe, M. (2006b). La dépression postnatale : un mal silencieux. *Perspective Infirmière*, mai/juin, 18-23.
- Berra, S., Sabulski, J., Rajmil, L., Passamonte, R., Pronsato, J., Butinof, M. (2003). Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina. *Acta Paediatr*, 92, 952-957.
- Bertini, G., Perugi, S., Dani, C., Pezzati, M., Tronchin, M., et Rubatelli, F.F. (2003). Maternal education and the incidence and duration of breastfeeding: a prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 37(4), 447-452.
- Blyth, R.J., Creedy, D.K., Dennis, C-L., Moyle, W, Pratt, J., DeVires, S.M. *et al.*, (2004). Breastfeeding duration in an Australian Population: The influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation*, 20(1), 30-38.
- Brandt, K.A., Andrews, C.M. et Kvale, J. (1998). Mother-infant interaction and breastfeeding outcome 6 weeks after birth. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 27(2), 169-174.

- Britton, J.R., Britton, H.L., Gronwaldt, V., (2006). Breastfeeding, Sensitivity, and attachment. *Pediatrics*, 118, 1436-1443.
- Britton, J.R. (2007). Postpartum anxiety and breast feeding. *The Journal of Reproductive Medicine*, 52, 689-695.
- Britton, C., McCormick FM., Renfrew MJ, Wade A., King S.E. (2009). Support for breastfeeding mothers (Review), *Cochrane Collaboration*.
- Brown, M.A. (1986). Social support during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 15, 475-483.
- Burns, N., Grove, S.K. (2001). *The practice of Nursing Research : Conduct, Critique and Utilization*. 4<sup>th</sup> ed. USA. 840 pages.
- Callen, J., et Pinelli, J. (2004). Incidence and duration of breastfeeding for terms infants in Canada, United States, Europe, and Australia : A literature review. *Birth*, 31(4), 285-292.
- Callen, J., Pinelli, J., Atkinson, S., Saigal, S. (2005). Qualitative analysis of barriers to breastfeeding in very-low-birthweight infants in the hospital and postdischarge. *Journal of Advances in Neonatal Care*, 5(2), 93-103.
- Center for disease control and prevention. (2010). *Breastfeeding Report Card*, USA.
- Comité canadien pour l'allaitement (CCA). (1996). *Énoncé sur l'allaitement*, Toronto, Comité canadien pour l'allaitement.
- Comité canadien pour l'allaitement (CCA). (1998). Plan d'action au lancement de l'Initiative Hôpitaux Amis des bébés/Initiative des amis des bébés (IHAB/IAB) au Canada, 1998-2000.
- Comité canadien pour l'allaitement (CCA). (2003). *L'initiative des amis des bébés dans les services de santé communautaire : guide canadien de mise en œuvre*, Toronto, [www.breastfeedingcanada.ca /pdf/frdoc50.pdf](http://www.breastfeedingcanada.ca/pdf/frdoc50.pdf) (consulté en juin 2009)
- Cooke, M., Sheehan, A., Schmied, V. (2003). A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *Journal of Human Lactation*, 19 (2), 145-156.
- Cox, J.L., Holden, J., et Sagovsky, R. (1987). The detection of postnatal depression by 10 items self report questionnaire : Development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

- Dennis, C.-L.E. (2006). Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Research in Nursing and Health*, 29, 256-268.
- Dennis, C.-L., McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica*, 96, 590-594.
- Dennis, C.-L., et McQueen, K. (2009). The relationship between infant feeding outcomes and postpartum depression : a qualitative systematic review. *Journal of Human Lactation*, 123, 736-751.
- Di Napoli, A., Di Lallo, D., Pezzotti, P., Forastiere, F., et Porta, D. (2006). Effects of parental smoking and level of education on initiation and duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica*, 95(6), 678-685.
- DiGirolamo, A., Thompson, N., Martorell, R., Fein, S., Grummer-Strawn, L. (2005). Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health education and behaviour*, 32, 208-225.
- Donath, S.M., Amir, LH, et ALSPAC Study team (2004). The relationship between maternal smoking and breastfeeding duration after adjustment for maternal infant feeding intention. *Acta Paediatr*, 93, 1514-1518.
- Doyon, M. (2010). *Étude pilote d'un programme préventif d'activités physiques sur les symptômes dépressifs postpartum et la sensibilité maternelle*. Université de Sherbrooke.
- Dubois, L., Bédard, B., Girard, M., et Beauchesne, E. (2000). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*. Québec : Institut de la Statistique du Québec.
- Dubois, L., et Girard, M. (2003). Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEQ 1998-2002). *Canadian Journal of Public Health*, 94(4), 300-305.
- Duckett, L., Henly, S.J., et Garvis, M. (1993). Predicting breastfeeding duration during the postpartum hospitalization. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 177-198.
- Dumas, L., et Lepage, M. (1999). *Étude des facteurs de décision et de persistance à l'allaitement maternel dans la région de l'Outaouais suite à une action de concertation régionale : Rapport de recherche soumis à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais*. Hull, Outaouais.

- Dunn, S., Davies, B., McClearly, L., Edwards, N., Gaboury, I. (2006). The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *JOGNN*, 35, 87-97.
- Dykes, F., Moran, V.H., Burt, S., Edwards, J. (2003). Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs an exploratory study. *Journal of human lactation*. 19(4), 391-401.
- Dyson L, McCormick F.M., Renfrew M.J. (2005). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Espy, K.A., Seen, T.E. (2003). Incidence and correlates of lactation of breast milk feeding in hospitalized preterm infants. *Social Science and Medicine*, 57(8), 1421-1428.
- Falceto, O.G., Giugliani, E. R., et Fernandez, C.L. (2004). Couples relationships and breastfeeding is there an association? *Journal of human lactation*, 20(1), 46-55.
- Fewtrell, M.S. (2004). The long-term benefits of having been breast-fed, *Current Paediatrics*, 14, 97-103.
- Ford, K., et Labbok, M. (1990). Who is breastfeeding? Implications of associated social and biomedical variables for research on the consequences of method of infant feeding. *American Journal of Clinical Nutrition*, 52(3), 451-456.
- Forster, D., McLachlan, H., et Lumley, J. (2006). Factors associated with breastfeeding at 6 months postpartum in a group of Australian women. *International Breastfeeding Journal* 1(18).
- Gau, M.L. (2004). Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies* 41, 425-435.
- Gaynes, B.N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K.N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., Miller, W.C. (2005). *Perinatal depression: prevalence, screening accuracy and screening outcomes*. (Evidence-report/Technology No. 119).
- Giglia, R., Binns, C.W., et Alfonso, H. (2006). Maternal cigarette smoking and breastfeeding duration. *Acta Paediatrica*, 95, 1370-1374.
- Gill, S.L., Reifsnider, E., Lucke, J.F. (2007). Effects of support on the initiation and duration of breastfeeding. *Western Journal of Nursing Research*, 29, 708-723.

- Godin, G., Côté, F. (2006). Le changement planifié des comportements liés à la santé, dans Carroll, G. *Pratiques en santé communautaire*. Montréal, Les éditions Chenelière inc. p. 129-140.
- Gottlieb, L.N., Feeley, N. (2006). *The collaborative partnership approach to care, a delicate balance*. Elsevier Canada, 174 pages.
- Goulet, C., Bell, L., St-Cyr, D., Paul, D., Lang, A. (1998). A concept analysis of parent-infant attachment. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1071-1081.
- Goulet, C., Polomeno, V., Laizner, A.M, Marcil, I., et Lang, A. (2003). Translation and validation of french version of brown's support behaviors inventory in perinatal health. *Western Journal of Nursing Research*, 25(5), 561-582.
- Greiner, T. (1996). The concept of Weaning : Definitions and their implications. *Journal of Human Lactation*, 12(2), 123-128.
- Groupe de travail des Conseils en recherche médicale, en science naturelles et en génie ainsi qu'en sciences humaines du Canada. (1998). *Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa : Ministère des approvisionnements et Services Canada.
- Guillemette, A., et Badlissi, D. (2001). L'allaitement maternel : Pour la santé et le bien-être des enfants et des mères. *Bulletin de la santé publique de Québec*, 8(1).
- Guillemette, A., et Badlissi, D. (2006). *Enquête sur l'alimentation du nouveau-né dans Lanaudière, 2003-2004*, Fascicules 1 à 16. Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation. Joliette, Québec.
- Guisse, J.M., Palda, V., Westthoff, C., Chan, B.K., Helfand, M., et Lieu, T.A. (2003). The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med*, 1(2), 70-78.
- Haiek, L.N., Neill, G., Plante, N., Beauvais, B. (2006). *L'allaitement maternel au Québec : coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales*. Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec.
- Hall, R.T., Mercer, A.M., Teasley, S.L., McPherson, D.M., Simon, S.D., Santos, S.R., et al., (2002). A breastfeeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breastfeeding by 7-10 days of age. *Journal of Paediatric* 141: 959-64.

- Hamlyn, B. (2002). *Infant feeding 2000 : A survey conducted on behalf of the Department of Health, the Scottish Executive, The National Assembly for Wales and the Department of Health, Social Services and Public Safety in Northern Ireland*, London.
- Henderson, J.J., Evans, S.F., Straton, J.A., Priest, S.R., Hagan, R. (2003). Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *BIRTH*, 30(3), 175-180.
- Hillervik-Lindquist, C. (1991). Studies on perceived breast milk insufficiency. A prospective study in a group of Swedish women. *Acta Paediatr Scand Suppl*, 376, 1-27.
- Hoddinott, P. et Pill, R., (1999). Nobody actually tells you : a study of infant feeding. *British Journal Midwifery*, 7 (9), 558-565.
- Hopkinson, J.M., Schanler, R.J., Fraley, J.K., Garza, C. (1992). Milk production by mothers of premature infants: influence of cigarette smoking. *Pediatrics*, 90, 934-938.
- Isabella, H., Isabella, R.A. (1994). Correlates of successful breastfeeding: a study of social and personal factors. *Journal of Human Lactation*, 10(4), 257-264.
- Institut de la statistique du Québec (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*. Montréal : Direction Santé Québec.
- Jacobson, S.W., Jacobson, J.L. et Frye, K. F. (1991). Incidence and correlates of breastfeeding in socio economically disadvantaged women. *Pediatrics*, 88(4), 728-736.
- Jerstrom, H. Lubinski, J. et Lynch, H.T. (2004). Breastfeeding and the risk of breast cancer in BRCA2 mutation carriers. *Journal of National Cancer Institute*, 96, 1094-1098.
- Kendall-Tackett, K.A. (2005). *The hidden feelings of motherhood: coping with mothering stress depression and burnout*. Pharmasoft Publishing.
- Kennell, J.H., et Klaus, M.H. (1998). Bonding: Observations that alter perinatal care. *Pediatrics in Review*, 19(1), 4-12.
- Kramer, M.S., Chalmers, B., Hodnett, E.D., Sevkovskaya, I., Dzidovich, S., et Shapiro, B. (2001). Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal American Medical Association*, 285(4), 413-420.

- Kramer, M.S., Fombonne E., Igumnov S., Vanilovich I., Matush L., Mironova E. *et al.*, (2008a). Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child behaviour and maternal adjustment : evidence from a large randomized trial. *Pediatrics*, 121, 435-440.
- Kramer, M.S., Aboud F., Mironova E., Vanilovich I., Platt RW., Matush L. *et al.*, (2008b). Breastfeeding and child cognitive development, new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*, 65(5), 578-584.
- Kronborg, H., et Vaeth, M. (2004). The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(3), 210-216.
- Labbok, M.H. (2001). Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatric Clinic of North America*, 48(1), 143-158.
- Lacharité, C. (2003). *Formation: évaluer et soutenir les compétences parentales dans les familles avec des jeunes enfants: Le rôle de l'attachement et de la sensibilité parentale*. Montréal: Formation Porte-Voix.
- Lacombe, M. (2006). *Facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant : rôle des interactions mère-enfant, de la dépression postnatale et du tempérament de l'enfant*. Université de Montréal.
- Lacombe, M., Bell, L., Hatem, M. et Tronick, E. (2008). L'établissement de la relation mère-enfant: une voie optimale pour la poursuite de l'allaitement maternel. *L'infirmière clinicienne*, 5(2), 30-38.
- Lacombe, M., Bell, L., Poulin, M.J. (2010). *L'impact de la dépression postnatale, de la sensibilité maternelle et de la perception de la mère du tempérament de l'enfant sur la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant*. Document inédit.
- Ladomenou, F., Kafatos, A., Galanakis, E. (2007). Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica*, 96, 1441-1444.
- Lancet, (2002). *Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 93 973 without the disease*, 360, 187-195.
- Lawrence, R.A., Lawrence, M. (2005). *Breastfeeding a guide for the medical profession* (6<sup>ème</sup> éd.) Mosby inc, USA.



- Lawson, K., Tulloch, M. (1995). Breastfeeding duration: prenatal intentions and postnatal practices. *Journal of Advances Nursing*, 22, 841-849.
- Lemay, C. (2009). *La perception des infirmières et des infirmiers de l'Initiative ami des bébés*. Université de Sherbrooke.
- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C-L., Rinaldi, C.M. *et al.*,. (2007). Canadian Mother's perceived support needs during postpartum depression. *JOGNN*, 36, 441-449.
- Lewallen, L.P., Dick, M.J., Flowers, J., Powell, W., Zickefoose, K.T., Wall, Y.G. *et al.*, (2005). Breastfeeding support and early cessation. *JOGNN*, 35, 166-172.
- Li, J., Kendall, GE, Henderson, S., Downie, J., Landsborough, L., Oddy, WH. (2008a). Maternal psychological well-being in pregnancy and breastfeeding duration. *Acta Paediatrica*, 97, 221-225.
- Li, R., Fein, S.B., Chen, J., Grummer-Strawn, L.M. (2008b). Why mothers stop breastfeeding: mother's self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*, 122 (2), s69-s76
- Li, L., Zhang, M., Scott, J.A., Binns, C.W. (2004). Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding by Chinese mothers in Perth, Western Australia. *Journal of human lactation*, 20, 188-195.
- Liu, J., Rosenberg, K. D., et Sandoval, A. P. (2006). Breastfeeding duration and perinatal cigarette smoking in a population-based cohort. *American Journal of Public Health*, 96(2), 309-314.
- Loiselle, C. G., Semenic, S., Côté, B., Lapointe, M., Gendron, R. (2001). Impressions of breastfeeding information and support among first-time mothers within a multiethnic community. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(3), 31-46.
- Lu, M.C., Lange, L., Slusser, W., Hamilton, J., Halfon, N. (2001). Provider encouragement of breastfeeding: evidence from a national survey. *Obstet Gynecol*, 97(2), 290-295.
- Marild, S., Hansson, S., Jodal, Oden, A., et Sveldberg, K. (2004). Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatrica*, 93, 164-168.
- McCoy, S.J. B., Beal, J.M., Saunders, B., Hill, E.N., Payton, M.E., Watson, G.H. (2008). Risk Factors for Postpartum depression. *The Journal of Reproductive Medicine*, 53, 166-170.

- McCoy, S.J.B., Beal, J.M., Shipman, S.B., Payton, M.E., Watson, G.H. (2006). Risk factors for postpartum depression: A retrospective Investigation at 4 Weeks postnatal and a review of the literature. *JAOA*, 106(4), 193-198.
- McInnes, R.J., Chambers, J.A. (2008). Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), 407-427.
- McLeod, D., Pullon, S., Cookson, T. (2002). Factors influencing continuation of breastfeeding in a cohort of women. *Journal of Human Lactation*, 18, 335-343.
- McLearn, K.T., Minkovitz, C.S., Strobino, D.M., Marks, E., Hou, W. (2006). Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160, 279-284.
- McNatt, M.H., Freston, M.S. (1992). Social support and lactation outcomes in Postpartum women. *Journal of Human Lactation*, 8(2), 73-77.
- Millar, W.J., et Maclean, H. (2005). L'allaitement maternel. Statistique Canada. *Rapport sur la santé*. 16(2), 25-33.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2001). *L'allaitement maternel au Québec*. Lignes directrices. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*. Québec : MSSS. [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) (consulté en avril 2009).
- Murray, E.K., Rickett, S., Dellaport, J. (2007). Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. *Birth*, 34(3), 202-211.
- Naylor, A.J. (2001). Baby-Friendly Hospital Initiative. Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in the Twenty-first Century, *Pediatr Clin North Am*, 48(2): 475-483.
- Neill, G., Plante, N., Beauvais, B., Haiek, L.N., (2006). L'allaitement maternel au Québec : coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales. *Bulletin Zoom santé*, octobre, p. 1-4.
- Noel-Weiss, J., Rupp, A., Cragg, B., Bassett, V., Woodend, A.K. (2006). Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self efficacy and breastfeeding duration. *JOGNN*, 35(5), 616-624.

- Noirhomme-Renard, F., Farfan-Portet, M. I., et Berrewaerts. J. (2006). *Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ?* Série de dossiers techniques. Ref. : 06-41. Unité d'Éducation pour la santé. UCL-RESO.
- Nommsen-Rivers, L.A., Cohen, R.J., Chantry, C.J., Dewey, K.G. (2010). The infant feeding intentions scale demonstrates construct validity and comparability in quantifying maternal breastfeeding intentions across multiple ethnic groups. *Maternal and child nutrition*, 6, 220-227.
- O'Brien, M., Buikstra, E. et Hegney, D. (2008). The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *Journal of Advanced Nursing* 63(4), 307-408.
- O'Brien, M.L. et Fallon, A.B. (2005). The effect of breastfeeding self-efficacy on breastfeeding duration. *Birth Issues* 14(4), 135-142.
- Oddy, W. H., Sly, P.D., De Klerk, N.H., Landau, L.I., Kendall, G.E., Holt, P.G. *et al.*, (2003). Breastfeeding and respiratory morbidity in infancy: A birth cohort study. *Archives of Disease in Childhood*, 88(3), 224-228.
- O'Hara, M.W., et Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (1999). Allaitement maternel : prise de position, février, [www.oiiq.org/uploads/publications/prise\\_de\\_position/allaitement/allaitement.htm](http://www.oiiq.org/uploads/publications/prise_de_position/allaitement/allaitement.htm) (consulté en juin 2009).
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (1981). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, Genève, OMS, [www.who.int/nut/documents/code\\_french.pdf](http://www.who.int/nut/documents/code_french.pdf) (consulté en mars 2009).
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (1989). *Protection, encouragement et soutien à l'allaitement maternel*. Le rôle spécial des services liés à la maternité, Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) et UNICEF. (1990). *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel*- L'allaitement dans les années 90 : Initiative globale. Rencontre parrainée par l'OMS et l'UNICEF, Florence, Italie.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (1991). *Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement*, WHO/CDD/SER/91.14, Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2001). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : durée optimale de l'alimentation au sein exclusive*, annexe : consultation d'experts sur la durée optimale de

l'alimentation au sein exclusive, conclusions et recommandations, Genève, 54<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé du 28 au 30 mars.

Ouellet, I., Lacombe, M., Bell, L., Ouellet, A., Ruest, D., Lapointe, G., Chénard, E., Lévesque, P. (2009). *Rapport d'enquête sur l'influence de passeport allaitement sur les femmes enceintes du Bas- Saint- Laurent*.

Pacific post partum support society. (1997). *Angoisse et dépression post-partum, un guide pratique pour les mères*. Canada.

Patel, V., Rodriguez, M. et DeSouza, N. (2002). Gender, poverty and postnatal depression : A study of mothers in Goa. India, *159*(1), 43-47.

Paton, L. M., Alexander, J.L., Nowson, C.A., Margerison, C., Frame, M. G., Kaymakci, B. *et al.*, (2003). Pregnancy and lactation have no long-term deleterious effect on measures of bone mineral in healthy women: a twin study. *American Journal of Clinical Nutrition*, *77*, 707-714.

Paulson, J.F., Dauber, S., Leiferman, J.A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, *118*, 659-668.

Pelletier, N. (2001). *Étude des freins à l'allaitement au-delà de trois mois chez les mères francophones du Nouveau-Brunswick*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.

Perfectti, J., Clark, R. et Fillmore, C.M. (2004). Postpartum depression, identification, screening, and treatment. *Wisconsin Medical Journal*, *103*(6), 56-63.

Protheroe, L., Dyson, L., Renfrew, M.J., Bull, J. et Mulvihill, C. (2003). *The effectiveness of public health interventions to promote the initiation of breastfeeding: Evidence briefing*. London: Health Development Agency.

Quarles, A., Williams, P.D., Hoyle, D.A., Brimeyer, M., Williams, A.R. (1994). Mothers' intention, age, education and the duration and management of breastfeeding. *Maternal and child nursing Journal*, *22*(3), 102-108.

Raisler, J., Alexander, C., et O'Campo, P. (1999). Breast-feeding and Infant Illness : A dose-reponse relationship ? *American Journal of Public Health*, *89*(1), 25-29.

Rasmussen, K.M. (2007). *Maternal obesity and the outcome of breastfeeding*. In : Hale TW, Hartmann PE, eds. Hale and Hartmann's Textbook on Human Lactation. Amarillo, TX : Hale Publishing, p. 387-402 (chapitre 20).

- Razurel, C. (2003). Éducation à la santé dans le postpartum à la maternité de Genève : Comment tout dire en si peu de temps. *Soins infirmiers*, 10, 40-43.
- Rempel, L.A. (2004). Factors influencing the breastfeeding decisions of long-term breastfeeders. *Journal of human lactation*, 20, 306-318.
- Riordan, J. (2005). *Breastfeeding and human lactation* (3ème éd.)USA.
- RNAO (Registered Nurses Association of Ontario). (2003). *Breastfeeding best practice guidelines for nurses*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario.
- Rosenblatt, K.A. et Thomas, D.B. (1993). Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer. The WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives. *International Journal of Epidemiology*, 22(2), 192-197.
- Santé Canada (1999). *Breastfeeding in Canada: A review and update*. Santé Canada, Ottawa.
- Santé Canada (2000). *Prévalence de l'allaitement maternel*. Rapport sur la santé périnatale au Canada. Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Ottawa.
- Santé Canada (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Fichier santé. Canada.
- Santé Canada (2004). *Durée de l'allaitement maternel exclusif*. Recommandations de Santé Canada, [www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt\\_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/excl\\_bf\\_dur-dur\\_am\\_excl\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/excl_bf_dur-dur_am_excl_f.pdf) (consulté en juin 2009).
- Schulze, P.A., Carlisle, S.A. (2010). What research does and doesn't say about breastfeeding: a critical review, *Early Child Development and care*, 180(6), 703-718.
- Schwartz, K., D'Arcy, H.J., Gillepsie, B., Bobo, J., Longeway, M., et Foxman, M. (2002). Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *Journal of Family Practice*, 51(5), 439-444.
- Scott, J.A., Landers, M.C.G., Hughes, R.M., Binns, C.W. (2001). Psychosocial Factors Associated With the Abandonment of Breastfeeding Prior to Hospital Discharge. *Journal of Human Lactation*, 17(1):24-30.

- Scott, J.A., Shaker, I., Reid, M., (2004). Parental attitudes toward breastfeeding: their association with feeding outcome at hospital discharge. *BIRTH*, 31(2), 125-131.
- Scott, J.A., Binns, C.W., Graham, K.I., Oddy, W.H. (2006a). Temporal changes in the determinants of breastfeeding initiation. *BIRTH*, 33(1), 37-45.
- Scott, J.A., Binns, C.W., Oddy, W.H., Graham, K.I. (2006b). Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*, 117, 646-655.
- Sheehan, D., Bridle, B., Hillier, T., Feightner, K., Hayward, S., et Lee, K. (1999). Breastfeeding outcomes of women following uncomplicated birth in Hamilton-Wentworth. *Canadian Journal of Public Health*, 90, 408-411.
- Sikorski, J. et Renfrew, M.J. (2001). Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2001; Oxford Update Software.
- Sikorski, J., Renfrew, M.J., Pindoria, S., Wade, A. (2003). Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinatal Epidemiol*, 17(4), 407-417.
- Simard, I., Turgeon O'Brien, H., Beaudoin, A., Turcotte, D., Damant, D., Ferland, S. et al., (2005). Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada prenatal nutrition program in 4 regions of Quebec. *Journal of Human Lactation*, 21(3), 327-337.
- Smith, M.M., Durkin, M., Hinton, V.J., Bellinger, D., Kuhn, L. (2003). Initiation of breastfeeding among mothers of very low birth weight infants. *Pediatrics*, 111(6), 1337-1342.
- Société canadienne de pédiatrie (2005). Les pédiatres conseillent de privilégier l'allaitement exclusif pendant 6 mois. *Paediatrics and Child Health*, 10(3), 148.
- Soderstrom, B. (1993). Helping the woman who has had breast surgery: a literature review. *Journal of Human Lactation*, 9, 169-171.
- Souto, C.G., Giugliani, E.R.J., Giugliani, C et Schneider, M.A. (2003). The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance. *Journal of Human Lactation*, 19(1), 43-49.
- Statistique Canada (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Ottawa, Statistique Canada.
- Sullivan, M.L., Leathers, S.J., Kelley, M.A. (2004). Family Characteristics associated with duration of breastfeeding during early infancy among primiparas. *Journal of Human Lactation*, 20(2), 196-205.

- Swanson, V., Power, K.G. (2004). Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 272-282.
- Tabachnick, B.G., et Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics*, 5<sup>th</sup> ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Tarabulsky, G.M., Larose, S., Pederson, D., et Moran, G. (2006). *Attachement et développement: Le rôle des premières relations dans le développement humain*. Presses de l'Université du Québec.
- Taveras, E.M., Capra, A.M., Braveman, P.A., Jensvold, N.G., Escobar, G.J., Lieu, T.A. (2003). Clinician support and psychological risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*, 112 (1), 108-115.
- Taveras, E.M., Li, R., Grummer-Strawn, L., Richardson, M., Marshall, R., Rego, V.H. et al., (2004). Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics*, 113 (4), 283-290.
- Thullier, D., Mercer, J. (2009). Variables associated with breastfeeding duration. *JOGNN*, 38, 259-268.
- Tiedje, L., Schiffman, R., Omar, M., Wright, J., Buzzita, C., McCann, A. et Metzger, S. (2002). An ecological approach to breastfeeding. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 27(3), 154-162.
- Vandiver, T.A. (1997). Relationship of mother's perception and behaviors to the duration of breastfeeding. *Psychological Reports*, 80(3PT2), 1375-1384.
- Wambach, K., Hetzel, C., Gill, S.L., Dodgson, J.E., Abiona, T.C., Heinig, M.J. (2005). Clinical lactation practice: 20 years of evidence. *Journal of human lactation*, 21(3), 245-258.
- Ward, R.M., Bates, B.A., Burchfield, D.J., Ring, J.C., Walls, R.P., Walson, P.D. (2001). The Transfer of Drugs and Other Chemical Into Human Milk. *Pediatrics*, 108(3), 776.
- Weimer, J. (2001). The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis. Rapport(no.13). United States Department of Agriculture, Food Assistance and Nutrition.
- World Health Organization (WHO). (2003). *Global strategy for infant and child feeding*. The global strategy was endorsed by consensus on 18 May 2002 by the fifty-fifth World Health Assembly, and on 16 September 2002 by the Unicef Executive Board, Geneva, WHO.

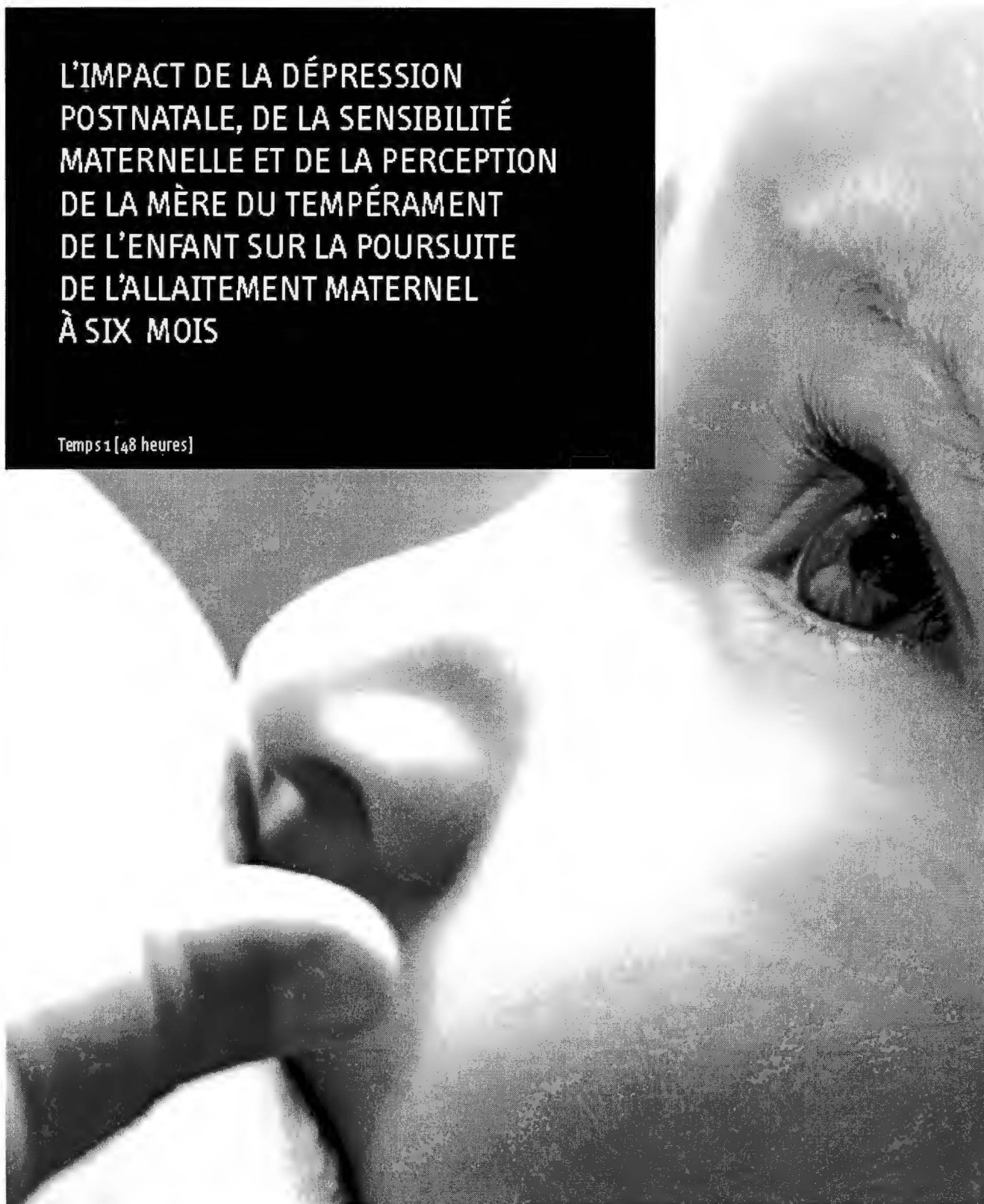
- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, (2007).  
Résumé du rapport d'experts scientifiques.
- Yang, Q., Wen, S.W., Dubois, I., Chen, Y., Walker, M.C., Krewski, D. (2004).  
Determinants of breastfeeding and weaning in Alberta, Canada. *JOGC*, 26(11),  
975-981.
- Yonetama, K., Nagata, H., et Asano, H. (1994). Growth of Japanese breast-fed and  
bottle-fed infants from birth to 20 months. *Annals of Human Biology*, 21(6), 597-  
608.



**ANNEXE A - QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE - 48 HEURES**

L'IMPACT DE LA DÉPRESSION  
POSTNATALE, DE LA SENSIBILITÉ  
MATERNELLE ET DE LA PERCEPTION  
DE LA MÈRE DU TEMPÉRAMENT  
DE L'ENFANT SUR LA POURSUITE  
DE L'ALLAITEMENT MATERNEL  
À SIX MOIS

Temps 1 [48 heures]



Temps 1 [48 heures]

CE QUESTIONNAIRE EST STRICTEMENT  
ANONYME. IL VOUS FAUDRA ENVIRON  
15 MINUTES POUR LE COMPLÉTER.  
S.V.P. VEUILLEZ NOUS LE RETOURNER  
DANS L'ENVELOPPE PRÉ AFFRANCHIE  
FOURNIE À CET EFFET.

Merci de votre précieuse collaboration.

**A**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ALLAITEMENT.  
IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE RÉPONSE.  
COCHEZ LA RÉPONSE QUI RÉPOND LE MIEUX À VOTRE SITUATION.

**Q1. Quelle était votre intention face à l'allaitement avant la naissance de votre bébé ?**

- ☐ J'étais déterminée à allaiter mon bébé quoi qu'il arrive
- ☐ Je voulais essayer d'allaiter et me disais que si cela allait bien je pourrais continuer
- ☐ J'étais encore indécise face à l'allaitement au moment de l'accouchement
- ☐ Autre précisez \_\_\_\_\_

**Q2. Avez-vous subi une chirurgie aux seins au cours des 5 dernières années ?**

- ☐ oui
- ☐ non

**Q3. Avez-vous suivi des cours prénataux ?**

- ☐ oui
- ☐ non

**Q4. A. Si vous n'avez pas suivi des cours prénataux, avez-vous reçu de l'information au sujet de l'allaitement ?**

- ☐ oui
- ☐ non

**B. Si vous avez suivi des cours prénataux, est-ce que l'animatrice vous a donné de l'information au sujet de l'allaitement ?**

- ☐ oui
- ☐ non

**Q5. Actuellement, avez-vous des problèmes d'allaitement ?**

- ☐ Douleur aux mamelons
- ☐ Phlyctène (ampoule de lait)
- ☐ Gercure et/ou crevasse
- ☐ Aucun problème

**Q6. Quelle est la ou les réponses qui décrivent le mieux comment votre bébé boit actuellement au sein ?**

- ☐ Besoin de stimulation
- ☐ Boit bien
- ☐ Dort au sein
- ☐ Pleure au sein
- ☐ Incapable de téter
- ☐ Difficulté à prendre le sein

**Q7. Combien de temps prévoyez-vous allaiter ?**

- ☐ moins d'une semaine
- ☐ une semaine
- ☐ 1 mois
- ☐ 2 mois
- ☐ 3 mois
- ☐ 4 mois
- ☐ 5 mois
- ☐ 6 mois
- ☐ 6 mois et plus
- ☐ Non déterminé

**Q8. Quelle est votre degré de satisfaction du soutien reçu par les infirmières pour votre allaitement ?**

1 – Non satisfaisant    2 – peu satisfaisant    3 – satisfaisant    4 – très satisfaisant

Expliquez brièvement votre réponse:

---

---

---

---

---

# B

## DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

### Q9. Quel est votre revenu familial annuel (avant déductions)?

- ☐ inférieur à 15,000 \$
- ☐ 15,000 à 25,000 \$
- ☐ 25,000 à 35,000 \$
- ☐ 35,000 à 45,000 \$
- ☐ 45,000 à 55,000 \$
- ☐ plus de 55,000 \$

### Q10. Fumez-vous?

- ☐ oui, moins de 15 cigarettes
- ☐ oui, plus de 15 cigarettes
- ☐ non

COCHEZ LA RÉPONSE QUI CORRESPOND LE PLUS PRÉCISÉMENT À VOS SENTIMENTS DEPUIS LES SEPT DERNIERS JOURS (INCLUANT LES JOURS PRÉCÉDENT L'ACCOUCHEMENT). IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE RÉPONSE.

### 1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.

- ☐ 0 – Aussi souvent que d'habitude
- ☐ 1 – Pas tout à fait autant
- ☐ 2 – Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- ☐ 3 – Absolument pas

### 2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.

- ☐ 0 – Autant que d'habitude
- ☐ 1 – Plutôt moins que d'habitude
- ☐ 2 – Vraiment moins que d'habitude
- ☐ 3 – Pratiquement pas

### 3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal.

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps
- ☐ 2 – Oui, parfois
- ☐ 1 – Pas très souvent
- ☐ 0 – Non, jamais

**4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.**

- ☐ 0 – Non, pas du tout
- ☐ 1 – Presque jamais
- ☐ 2 – Oui, parfois
- ☐ 3 – Oui, très souvent

**5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.**

- ☐ 3 – Oui, vraiment souvent
- ☐ 2 – Oui, parfois
- ☐ 1 – Pas très souvent
- ☐ 0 – Non, pas du tout

**6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements.**

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- ☐ 2 – Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- ☐ 1 – Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- ☐ 0 – Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

**7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.**

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps
- ☐ 2 – Oui, parfois
- ☐ 1 – Pas très souvent
- ☐ 0 – Non, pas du tout

**8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse.**

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps
- ☐ 2 – Oui, très souvent
- ☐ 1 – Pas très souvent
- ☐ 0 – Non, pas du tout

**9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.**

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps
- ☐ 2 – Oui, très souvent
- ☐ 1 – Seulement de temps en temps
- ☐ 0 – Non, jamais



## 10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.

- ☐ 3 – Oui, très souvent  
☐ 2 – Parfois  
☐ 1 – Presque jamais  
☐ 0 – Jamais

CI-DESSOUS, VOUS TROUVEREZ UNE LISTE DE COMPORTEMENTS QUE DES PERSONNES FONT LES UNES POUR LES AUTRES. SVP, POUR CHAQUE COMPORTEMENT, INDIQUER VOTRE DEGRÉ DE SATISFACTION FACE AU SOUTIEN QUE VOUS RECEVEZ DE LA PART DE VOTRE CONJOINT ET DE VOTRE ENTOURAGE (FAMILLE, AMI(E)S) EN INDIQUANT LE CHIFFRE CORRESPONDANT QUI VARIE DE **TRÈS SATISFAITE (1) À TRÈS INSATISFAITE (6)**.

1 : Très satisfaite  
 2 : Satisfaite  
 3 : Peu satisfaite

4 : Peu insatisfaite  
 5 : Insatisfaite  
 6 : Très insatisfaite

	Mon conjoint	Mon entourage
Participe aux activités reliées au bébé (visites chez le médecin, cours, soins du bébé etc.).		
M'aide à garder un bon moral		
M'aide quand je suis rendue au bout de ma corde.		
S'intéresse à mes problèmes et à mes activités quotidiennes (autres que ceux se rapportant au bébé)		
S'efforce pour faire des choses spéciales pour moi ou me rendre service.		
Me permet de discuter de choses personnelles.		
Me fait voir qu'il apprécie ce que je fais pour lui/eux.		
Supporte mes sautes d'humeur et mes comportements inhabituels.		
Me prend au sérieux quand j'ai des inquiétudes.		
Me dit des choses qui rendent ma situation plus claire et facile à comprendre.		
Me rassure qu'il sera disponible si j'ai besoin d'aide.		

**ENCERCLE LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX A CE QUE VOUS VIVEZ EN CE MOMENT AVEC VOTRE BEBE. IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE REPONSE.**

1 : Tout à fait d'accord

2 : D'accord

3 : Assez d'accord

4 : Pas d'accord

5 : Tout à fait en désaccord

6 : Ne s'applique pas

1. J'évite de trop prendre mon bébé de peur de le gâter.	1	2	3	4	5	6
2. Il m'arrive souvent d'être émerveillée par mon bébé.	1	2	3	4	5	6
3. Je parle beaucoup à mon bébé.	1	2	3	4	5	6
4. Mon bébé et moi nous nous regardons souvent les yeux dans les yeux.	1	2	3	4	5	6
5. Je sais quand mon bébé a besoin d'attention.	1	2	3	4	5	6
6. Mon bébé est généralement de bonne humeur.	1	2	3	4	5	6
7. Je parle souvent de mon bébé aux membres de ma famille / à mes amies.	1	2	3	4	5	6
8. Mon bébé se sent en sécurité avec moi.	1	2	3	4	5	6
9. Je prends souvent mon bébé pour l'endormir.	1	2	3	4	5	6
10. Je n'étais pas faite pour être mère.	1	2	3	4	5	6
11. Je me sens dépassée dans mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
12. Il m'arrive souvent de prendre mon bébé juste pour le plaisir.	1	2	3	4	5	6
13. Je fais de mon mieux avec mon bébé et il semble bien.	1	2	3	4	5	6
14. Mon bébé essaie d'imiter les sons que je fais.	1	2	3	4	5	6
15. Il m'arrive de regarder longuement mon bébé même lorsqu'il dort.	1	2	3	4	5	6
16. J'ai tendance à caresser mon bébé.	1	2	3	4	5	6
17. Je m'adapte bien à mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
18. Même si je suis occupée à faire autre chose, je reste attentive à mon bébé.	1	2	3	4	5	6
19. Je pense que je suis une bonne mère pour mon bébé.	1	2	3	4	5	6
20. Lorsque mon bébé chigne, il est facile pour moi d'identifier ce qu'il veut.	1	2	3	4	5	6
21. Mon bébé se colle sur moi lorsque je le prends.	1	2	3	4	5	6
22. Lorsque je parle à mon bébé, il me regarde et il me sourit.	1	2	3	4	5	6

23. Mon bébé communique avec moi.	1	2	3	4	5	6
24. En présence de mon bébé je me sens joyeuse.	1	2	3	4	5	6
25. Je trouve ça dur que mon bébé soit si dépendant de moi.	1	2	3	4	5	6
26. Je passe beaucoup de temps à regarder mon bébé.	1	2	3	4	5	6
27. Mon bébé est irritable.	1	2	3	4	5	6
28. Je me sens plus triste depuis la naissance de mon bébé.	1	2	3	4	5	6
29. J'arrive à calmer rapidement mon bébé.	1	2	3	4	5	6
30. La plupart du temps je comprends ce que mon bébé veut.	1	2	3	4	5	6
31. Quand mon bébé fait des petits sons, je jase avec lui.	1	2	3	4	5	6
32. J'arrive la plupart du temps à consoler mon bébé.	1	2	3	4	5	6
33. Être mère est la plus belle chose qui m'est arrivée dans la vie.	1	2	3	4	5	6

**Commentaires**

---

---

---

---

---

---

---

---

Merci une fois de plus d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.

# UQAR



**ANNEXE B - QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE - 1 MOIS**

L'IMPACT DE LA DÉPRESSION  
POSTNATALE, DE LA SENSIBILITÉ  
MATERNELLE ET DE LA PERCEPTION  
DE LA MÈRE DU TEMPÉRAMENT  
DE L'ENFANT SUR LA POURSUITE  
DE L'ALLAITEMENT MATERNEL  
À SIX MOIS

Temps 2[1 mois]



Temps 2 [ 1 mois]

CE QUESTIONNAIRE EST STRICTEMENT  
ANONYME. IL VOUS FAUDRA ENVIRON  
15 MINUTES POUR LE COMPLÉTER.  
S.V.P. VEUILLEZ NOUS LE RETOURNER  
DANS L'ENVELOPPE PRÉ AFFRANCHIE  
FOURNIE À CET EFFET.

Merci de votre précieuse collaboration.



**A**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ALLAITEMENT.  
IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE RÉPONSE.  
COCHÉZ LA RÉPONSE QUI RÉPOND LE MIEUX À VOTRE SITUATION.

**Q1. Allaitiez-vous encore votre bébé?**

- ☐ Oui (Allez à la question quatre ci-dessous)  
☐ non

**Q2. Si non, combien de temps avez-vous allaité votre bébé?**

- ☐ Entre la naissance et 48 heures  
☐ Entre 2 et 7 jours  
☐ Entre 7 jours et 1 mois  
☐ Entre 1 et 2 mois

**Q3. Si non, pourquoi avez-vous cessé d'allaiter?**

Choisissez un maximum de 3 réponses Et indiquez l'ordre de priorité (soit 1,2,3)

- ☐ Problème d'allaitement (ex. les gerçures, engorgement, mastite)  
☐ Lait pas assez nourrissant pour mon bébé  
☐ Bébé buvait trop souvent ou trop longtemps  
☐ Bébé avait de la difficulté à boire  
☐ Bébé difficile  
☐ Manque de temps  
☐ Problème de santé de la mère (spécifier) \_\_\_\_\_  
☐ Problème de santé chez le bébé (spécifier) \_\_\_\_\_  
☐ Fatigue, découragement chez la mère  
☐ Absence de plaisir à allaiter ou allaitement inconfortable  
☐ But atteint en terme de durée d'allaitement  
☐ sentiment de privation de ce que j'aime (ex. café, chocolat, cigarette, alcool, autres)  
☐ Nervosité, stress ou dépression  
☐ Pressions de mon entourage (ex. mère, amie, autres)  
☐ Manque de soutien de mon conjoint  
☐ Retour au travail ou aux études  
☐ Autres enfants à la maison  
☐ Bébé ne voulait plus boire au sein  
☐ Bébé semblait avoir encore faim après le boire  
☐ Manque de sommeil chez la mère  
☐ Bébé hospitalisé  
☐ Autre spécifier \_\_\_\_\_

**Q4. Votre objectif concernant la durée de votre allaitement a-t-il été atteint ?**

- ☐ oui  
☐ non

**Q5. Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes d'allaitement ?**

- ☐ Douleur aux mamelons  
☐ Phlyctène (ampoule de lait)  
☐ Gerçure et/ou crevasse  
☐ Abscès  
☐ Mastite  
☐ Engorgement mammaire  
☐ Aucun problème

**Q6. Quelle est la ou les réponses qui décrivent le mieux comment votre bébé boit actuellement au sein ?**

- ☐ Besoin de stimulation  
☐ Boit bien  
☐ Dort au sein  
☐ Pleure au sein  
☐ Incapable de téter  
☐ Difficulté à prendre le sein

**Q7. Quel âge avait votre bébé la première fois que vous lui avez donné :**

	Âge du bébé
De l'eau	_____
Du jus	_____
Du lait commercial pour bébé	_____
Des céréales	_____

**COCHEZ LA RÉPONSE QUI CORRESPOND LE PLUS PRÉCISÉMENT À VOS SENTIMENTS DEPUIS LES SEPT DERNIERS JOURS (INCLUANT LES JOURS PRÉCÉDENT L'ACCOUCHEMENT). IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE RÉPONSE.**

**1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.**

- ☐ 0 – Aussi souvent que d'habitude
- ☐ 1 – Pas tout à fait autant
- ☐ 2 – Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- ☐ 3 – Absolument pas

**2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.**

- ☐ 0 – Autant que d'habitude
- ☐ 1 – Plutôt moins que d'habitude
- ☐ 2 – Vraiment moins que d'habitude
- ☐ 3 – Pratiquement pas

**3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal.**

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps
- ☐ 2 – Oui, parfois
- ☐ 1 – Pas très souvent
- ☐ 0 – Non, jamais

**4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.**

- ☐ 0 – Non, pas du tout
- ☐ 1 – Presque jamais
- ☐ 2 – Oui, parfois
- ☐ 3 – Oui, très souvent

**5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.**

- ☐ 3 – Oui, vraiment souvent
- ☐ 2 – Oui, parfois
- ☐ 1 – Pas très souvent
- ☐ 0 – Non, pas du tout

**6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements.**

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- ☐ 2 – Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- ☐ 1 – Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- ☐ 0 – Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

**7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.**

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps
- ☐ 2 – Oui, parfois
- ☐ 1 – Pas très souvent
- ☐ 0 – Non, pas du tout

**8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse.**

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps
- ☐ 2 – Oui, très souvent
- ☐ 1 – Pas très souvent
- ☐ 0 – Non, pas du tout

**9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.**

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps
- ☐ 2 – Oui, très souvent
- ☐ 1 – Seulement de temps en temps
- ☐ 0 – Non, jamais

**10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.**

- ☐ 3 – Oui, très souvent
- ☐ 2 – Parfois
- ☐ 1 – Presque jamais
- ☐ 0 – Jamais

CI-DESSOUS, VOUS TROUVerez UNE LISTE DE COMPORTEMENTS QUE DES PERSONNES FONT LES UNES POUR LES AUTRES. SVP, POUR CHAQUE COMPORTEMENT, INDIQUER VOTRE DEGRÉ DE SATISFACTION FACE AU SOUTIEN QUE VOUS RECEVEZ DE LA PART DE VOTRE CONJOINT ET DE VOTRE ENTOURAGE (FAMILLE, AMI(E)S) EN INDIQUANT LE CHIFFRE CORRESPONDANT QUI VARIE DE TRÈS SATISFAITE (1) À TRÈS INSATISFAITE (6).

1 : Très satisfaite

2 : Satisfaite

3 : Peu satisfaite

4 : Peu insatisfaite

5 : Insatisfaite

6 : Très insatisfaite

	Mon conjoint	Mon entourage
Participe aux activités reliées au bébé (visites chez le médecin, cours, soins du bébé etc.).		
M'aide à garder un bon moral		
M'aide quand je suis rendue au bout de ma corde.		
S'intéresse à mes problèmes et à mes activités quotidiennes (autres que ceux se rapportant au bébé)		
S'efforce pour faire des choses spéciales pour moi ou me rendre service.		
Me permet de discuter de choses personnelles.		
Me fait voir qu'il apprécie ce que je fais pour lui/eux.		
Supporte mes sautes d'humeur et mes comportements inhabituels.		
Me prend au sérieux quand j'ai des inquiétudes.		
Me dit des choses qui rendent ma situation plus claire et facile à comprendre.		
Me rassure qu'il sera disponible si j'ai besoin d'aide.		

ENCERCLE LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX A CE QUE VOUS VIVEZ EN CE MOMENT  
AVEC VOTRE BEBE. IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE REPONSE.

1 : Tout à fait d'accord

2 : D'accord

3 : Assez d'accord

4 : Pas d'accord

5 : Tout à fait en désaccord

6 : Ne s'applique pas

1. J'évite de trop prendre mon bébé de peur de le gâter.	1	2	3	4	5	6
2. Il m'arrive souvent d'être émerveillée par mon bébé.	1	2	3	4	5	6
3. Je parle beaucoup à mon bébé.	1	2	3	4	5	6
4. Mon bébé et moi nous nous regardons souvent les yeux dans les yeux.	1	2	3	4	5	6
5. Je sais quand mon bébé a besoin d'attention.	1	2	3	4	5	6
6. Mon bébé est généralement de bonne humeur.	1	2	3	4	5	6
7. Je parle souvent de mon bébé aux membres de ma famille / à mes amies.	1	2	3	4	5	6
8. Mon bébé se sent en sécurité avec moi.	1	2	3	4	5	6
9. Je prends souvent mon bébé pour l'endormir.	1	2	3	4	5	6
10. Je n'étais pas faite pour être mère.	1	2	3	4	5	6
11. Je me sens dépassée dans mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
12. Il m'arrive souvent de prendre mon bébé juste pour le plaisir.	1	2	3	4	5	6
13. Je fais de mon mieux avec mon bébé et il semble bien.	1	2	3	4	5	6
14. Mon bébé essaie d'imiter les sons que je fais.	1	2	3	4	5	6
15. Il m'arrive de regarder longuement mon bébé même lorsqu'il dort.	1	2	3	4	5	6
16. J'ai tendance à caresser mon bébé.	1	2	3	4	5	6
17. Je m'adapte bien à mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
18. Même si je suis occupée à faire autre chose, je reste attentive à mon bébé.	1	2	3	4	5	6
19. Je pense que je suis une bonne mère pour mon bébé.	1	2	3	4	5	6
20. Lorsque mon bébé chigne, il est facile pour moi d'identifier ce qu'il veut.	1	2	3	4	5	6
21. Mon bébé se colle sur moi lorsque je le prends.	1	2	3	4	5	6
22. Lorsque je parle à mon bébé, il me regarde et il me sourit.	1	2	3	4	5	6

23. Mon bébé communique avec moi.	1	2	3	4	5	6
24. En présence de mon bébé je me sens joyeuse.	1	2	3	4	5	6
25. Je trouve ça dur que mon bébé soit si dépendant de moi.	1	2	3	4	5	6
26. Je passe beaucoup de temps à regarder mon bébé.	1	2	3	4	5	6
27. Mon bébé est irritable.	1	2	3	4	5	6
28. Je me sens plus triste depuis la naissance de mon bébé.	1	2	3	4	5	6
29. J'arrive à calmer rapidement mon bébé.	1	2	3	4	5	6
30. La plupart du temps je comprends ce que mon bébé veut.	1	2	3	4	5	6
31. Quand mon bébé fait des petits sons, je jase avec lui.	1	2	3	4	5	6
32. J'arrive la plupart du temps à consoler mon bébé.	1	2	3	4	5	6
33. Être mère est la plus belle chose qui m'est arrivée dans la vie.	1	2	3	4	5	6

**Commentaires**

---

---

---

---

---

---

---

Merci une fois de plus d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.

**UQAR**



**ANNEXE C - QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE – 3 MOIS**

L'IMPACT DE LA DÉPRESSION  
POSTNATALE, DE LA SENSIBILITÉ  
MATERNELLE ET DE LA PERCEPTION  
DE LA MÈRE DU TEMPÉRAMENT  
DE L'ENFANT SUR LA POURSUITE  
DE L'ALLAITEMENT MATERNEL  
À SIX MOIS

Temps 3 [3 mois]



Temps 3 [3 mois]

CE QUESTIONNAIRE EST STRICTEMENT  
ANONYME. IL VOUS FAUDRA ENVIRON  
25 MINUTES POUR LE COMPLÉTER.  
S.V.P. VEUILLEZ NOUS LE RETOURNER  
DANS L'ENVELOPPE PRÉ AFFRANCHIE  
FOURNIE À CET EFFET.

Merci de votre précieuse collaboration.

**A** RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ALLAITEMENT.  
IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE RÉPONSE.  
COCHEZ LA RÉPONSE QUI RÉPOND LE MIEUX À VOTRE SITUATION.

**Q1. Allaitiez-vous encore votre bébé ?**

- ☐ Oui (Allez à la question quatre ci-dessous)
- ☐ non

**Q2. Si non, combien de temps avez-vous allaité votre bébé ?**

- ☐ Entre la naissance et 48 heures (Allez à la question sept ci-dessous)
- ☐ Entre 2 et 7 jours (Allez à la question sept ci-dessous)
- ☐ Entre 7 jours et 1 mois (Allez à la question sept ci-dessous)
- ☐ Entre 1 et 2 mois
- ☐ Entre 2 et 3 mois
- ☐ Entre 3 et 4 mois

**Q3. Si non, pourquoi avez-vous cessé d'allaiter ?**

Choisissez un maximum de 3 réponses Et indiquez l'ordre de priorité (soit 1,2,3)

- ☐ Problème d'allaitement (ex. les gerçures, engorgement, mastite)
- ☐ Lait pas assez nourrissant pour mon bébé
- ☐ Bébé buvait trop souvent ou trop longtemps
- ☐ Bébé avait de la difficulté à boire
- ☐ Bébé difficile
- ☐ Manque de temps
- ☐ Problème de santé de la mère (spécifier) \_\_\_\_\_
- ☐ Problème de santé chez le bébé (spécifier) \_\_\_\_\_
- ☐ Fatigue, découragement chez la mère
- ☐ Absence de plaisir à allaiter ou allaitement inconfortable
- ☐ But atteint en terme de durée d'allaitement
- ☐ sentiment de privation de ce que j'aime (ex. café, chocolat, cigarette, alcool, autres)
- ☐ Nervosité, stress ou dépression
- ☐ Pressions de mon entourage (ex. mère, amie, autres)
- ☐ Manque de soutien de mon conjoint
- ☐ Retour au travail ou aux études
- ☐ Autres enfants à la maison
- ☐ Bébé ne voulait plus boire au sein
- ☐ Bébé semblait avoir encore faim après le boire
- ☐ Manque de sommeil chez la mère
- ☐ Bébé hospitalisé
- ☐ Autre spécifier \_\_\_\_\_

**Q4. Votre objectif concernant la durée de votre allaitement a-t-il été atteint ?**

- ☐ oui
- ☐ non

**Q5. Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes d'allaitement ?**

- ☐ Douleur aux mamelons
- ☐ Phlyctène (ampoule de lait)
- ☐ Gercure et/ ou crevasse
- ☐ Abscès
- ☐ Mastite
- ☐ Engorgement mammaire
- ☐ Aucun problème

**Q6. Quelle est la ou les réponses qui décrivent le mieux comment votre bébé boit actuellement au sein ?**

- ☐ Besoin de stimulation
- ☐ Boit bien
- ☐ Dort au sein
- ☐ Pleure au sein
- ☐ Incapable de téter
- ☐ Difficulté à prendre le sein

**Q7. Quel âge avait votre bébé la première fois que vous lui avez donné :**

N.B. Si pas de changement depuis votre dernier questionnaire d'un mois, allez à la question 8.

	Âge du bébé
De l'eau	_____
Du jus	_____
Du lait commercial pour bébé	_____
Des céréales	_____

# B

## DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

### Q8. Quel est votre état civil ?

- ☐ Mariée ou vivant avec un conjoint de fait
- ☐ Célibataire
- ☐ Séparée ou divorcée
- ☐ Veuve

### Q9. Fumez-vous ?

- ☐ oui, moins de 15 cigarettes
- ☐ oui, plus de 15 cigarettes
- ☐ non

### Q10. Êtes-vous retournée au travail ou à l'école ?

- ☐ oui
- ☐ non

### Q11. Si oui travaillez-vous 20 heures et plus ?

- ☐ oui
- ☐ non

**COCHEZ LA RÉPONSE QUI CORRESPOND LE PLUS PRÉCISÉMENT À VOS SENTIMENTS DEPUIS LES SEPT DERNIERS JOURS (INCLUANT LES JOURS PRÉCÉDENT L'ACCOUCHEMENT). IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE RÉPONSE.**

### 1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

- ☐ 0 – Aussi souvent que d'habitude
- ☐ 1 – Pas tout à fait autant
- ☐ 2 – Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- ☐ 3 – Absolument pas

### 2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.

- ☐ 0 – Autant que d'habitude
- ☐ 1 – Plutôt moins que d'habitude
- ☐ 2 – Vraiment moins que d'habitude
- ☐ 3 – Pratiquement pas

**3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal.**

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps
- ☐ 2 – Oui, parfois
- ☐ 1 – Pas très souvent
- ☐ 0 – Non, jamais

**4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.**

- ☐ 0 – Non, pas du tout
- ☐ 1 – Presque jamais
- ☐ 2 – Oui, parfois
- ☐ 3 – Oui, très souvent

**5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.**

- ☐ 3 – Oui, vraiment souvent
- ☐ 2 – Oui, parfois
- ☐ 1 – Pas très souvent
- ☐ 0 – Non, pas du tout

**6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements.**

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- ☐ 2 – Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- ☐ 1 – Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- ☐ 0 – Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

**7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.**

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps
- ☐ 2 – Oui, parfois
- ☐ 1 – Pas très souvent
- ☐ 0 – Non, pas du tout

**8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse.**

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps
- ☐ 2 – Oui, très souvent
- ☐ 1 – Pas très souvent
- ☐ 0 – Non, pas du tout

**9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.**

- ☐ 3 – Oui, la plupart du temps
- ☐ 2 – Oui, très souvent
- ☐ 1 – Seulement de temps en temps
- ☐ 0 – Non, jamais



**10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.**

- ☐ 3 – Oui, très souvent
- ☐ 2 – Parfois
- ☐ 1 – Presque jamais
- ☐ 0 – Jamais

**CI-DESSOUS, VOUS TROUVEREZ UNE LISTE DE COMPORTEMENTS QUE DES PERSONNES FONT LES UNES POUR LES AUTRES. SVP, POUR CHAQUE COMPORTEMENT, INDICER VOTRE DEGRÉ DE SATISFACTION FACE AU SOUTIEN QUE VOUS RECEVEZ DE LA PART DE VOTRE CONJOINT ET DE VOTRE ENTOURAGE (FAMILLE, AMI(E)S) EN INDICANT LE CHIFFRE CORRESPONDANT QUI VARIE DE TRÈS SATISFAITE (1) À TRÈS INSATISFAITE (6).**

1: Très satisfaite

2: Satisfaite

3: Peu satisfaite

4: Peu insatisfaite

5: Insatisfaite

6: Très insatisfaite

	Mon conjoint	Mon entourage
Participe aux activités reliées au bébé (visites chez le médecin, cours, soins du bébé etc.).		
M'aide à garder un bon moral		
M'aide quand je suis rendue au bout de ma corde.		
S'intéresse à mes problèmes et à mes activités quotidiennes (autres que ceux se rapportant au bébé)		
S'efforce pour faire des choses spéciales pour moi ou me rendre service.		
Me permet de discuter de choses personnelles.		
Me fait voir qu'il apprécie ce que je fais pour lui/eux.		
Supporte mes sautes d'humeur et mes comportements inhabituels.		
Me prend au sérieux quand j'ai des inquiétudes.		
Me dit des choses qui rendent ma situation plus claire et facile à comprendre.		
Me rassure qu'il sera disponible si j'ai besoin d'aide.		

**ENCERCLE LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX A CE QUE VOUS VIVEZ EN CE MOMENT AVEC VOTRE BEBE. IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE REPONSE.**

1: Tout à fait d'accord

2: D'accord

3: Assez d'accord

4: Pas d'accord

5: Tout à fait en désaccord

6: Ne s'applique pas

1. J'évite de trop prendre mon bébé de peur de le gâter.	1	2	3	4	5	6
2. Il m'arrive souvent d'être émerveillée par mon bébé.	1	2	3	4	5	6
3. Je parle beaucoup à mon bébé.	1	2	3	4	5	6
4. Mon bébé et moi nous nous regardons souvent les yeux dans les yeux.	1	2	3	4	5	6
5. Je sais quand mon bébé a besoin d'attention.	1	2	3	4	5	6
6. Mon bébé est généralement de bonne humeur.	1	2	3	4	5	6
7. Je parle souvent de mon bébé aux membres de ma famille / à mes amies.	1	2	3	4	5	6
8. Mon bébé se sent en sécurité avec moi.	1	2	3	4	5	6
9. Je prends souvent mon bébé pour l'endormir.	1	2	3	4	5	6
10. Je n'étais pas faite pour être mère.	1	2	3	4	5	6
11. Je me sens dépassée dans mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
12. Il m'arrive souvent de prendre mon bébé juste pour le plaisir.	1	2	3	4	5	6
13. Je fais de mon mieux avec mon bébé et il semble bien.	1	2	3	4	5	6
14. Mon bébé essaie d'imiter les sons que je fais.	1	2	3	4	5	6
15. Il m'arrive de regarder longuement mon bébé même lorsqu'il dort.	1	2	3	4	5	6
16. J'ai tendance à caresser mon bébé.	1	2	3	4	5	6
17. Je m'adapte bien à mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
18. Même si je suis occupée à faire autre chose, je reste attentive à mon bébé.	1	2	3	4	5	6
19. Je pense que je suis une bonne mère pour mon bébé.	1	2	3	4	5	6
20. Lorsque mon bébé chigne, il est facile pour moi d'identifier ce qu'il veut.	1	2	3	4	5	6
21. Mon bébé se colle sur moi lorsque je le prends.	1	2	3	4	5	6
22. Lorsque je parle à mon bébé, il me regarde et il me sourit.	1	2	3	4	5	6

23. Mon bébé communique avec moi.	1	2	3	4	5	6
24. En présence de mon bébé je me sens joyeuse.	1	2	3	4	5	6
25. Je trouve ça dur que mon bébé soit si dépendant de moi.	1	2	3	4	5	6
26. Je passe beaucoup de temps à regarder mon bébé.	1	2	3	4	5	6
27. Mon bébé est irritable.	1	2	3	4	5	6
28. Je me sens plus triste depuis la naissance de mon bébé.	1	2	3	4	5	6
29. J'arrive à calmer rapidement mon bébé.	1	2	3	4	5	6
30. La plupart du temps je comprends ce que mon bébé veut.	1	2	3	4	5	6
31. Quand mon bébé fait des petits sons, je jase avec lui.	1	2	3	4	5	6
32. J'arrive la plupart du temps à consoler mon bébé.	1	2	3	4	5	6
33. Être mère est la plus belle chose qui m'est arrivée dans la vie.	1	2	3	4	5	6

### Commentaires

---



---



---



---



---



---



---



---

Merci une fois de plus d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.

# UQAR



**ANNEXE D - APPROBATION DE L'ÉTUDE PRINCIPALE AU COMITÉ  
D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS**



CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE

Le 20 juin 2008



Docteure Marie Lacombe, professeure  
Département des sciences infirmières  
Université du Québec à Rimouski – Campus de Lévis  
1595, boulevard Alphonse-Desjardins  
Lévis (Québec) G6V 0A6

Objet : Projet de recherche : «L'impact de la dépression postnatale, de la sensibilité maternelle et de la perception du tempérament de l'enfant sur la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois de vie de l'enfant» - CER-0809-002

Docteure,

Après analyse des documents transmis, vous répondez aux conditions du comité d'éthique de la recherche formulées lors de sa rencontre du 21 mai 2008.

Les documents suivants sont donc approuvés :

- Protocole de recherche abrégé soumis le 12 mars 2008 ;
- Formulaire de consentement, daté du 14 mai 2008 ;
- Lettre d'information aux participantes les informant de la possibilité que leur candidature ne soit pas retenue ;
- Amendement au projet de recherche – ajout d'un temps de mesure à un mois de vie de l'enfant ;
- Questionnaire de renseignements ;
- Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg ;
- Échelle de sensibilité maternelle ;
- Échelle du soutien social ;
- Questionnaire IBQ ;
- Évaluation des questionnaires.

C'est avec plaisir que nous vous informons que le comité d'éthique de la recherche est favorable à la réalisation de ce projet de recherche.

Toutefois, les membres souhaitent que vous apportiez des améliorations à la présentation du questionnaire IBQ afin de le rendre plus compréhensible pour les participantes.

De plus, avant de débiter votre projet, veuillez prendre note que la Direction de l'enseignement et de la recherche devra également vous avoir transmis son avis final dont une copie conforme sera adressée au comité d'éthique de la recherche. Ce n'est qu'au terme de l'obtention de cet avis que vous pourrez débiter les activités liées à votre projet de recherche.

Veuillez agréer, Docteure, l'expression de nos sentiments distingués.

La secrétaire-trésorière du comité d'éthique  
de la recherche,

Suzanné Chayer, M. Sc.

SC/mo

p. j. extrait du procès-verbal

c. c. Mme Guylaine Martineau, directrice de l'enseignement et de la recherche

☒ SITE PRINCIPAL  
143, rue Wolfe  
Lévis (Québec) G6V 3Z1  
Téléphone : 418 836-7121

☐ SITE PAUL-GILBERT  
3330, boul du Centre-Hospitalier  
Chamby (Québec) G6X 1L6  
Téléphone : 418 360-8990

**ANNEXE E - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE  
PRINCIPALE**





Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Formulaire de consentement

Titre du projet de recherche :

L'impact de la dépression postnatale, de la sensibilité maternelle et de la perception de la mère du tempérament de l'enfant sur la poursuite de l'allaitement maternel à six mois de vie.

Chercheur principal :

Dre Marie Lacombe, professeure, Département des Sciences Infirmières, Université du Québec à Rimouski, Campus de Lévis.

Responsable du projet de recherche à l'Hôtel-Dieu de Lévis :

Marie-Estelle Couture

Collaborateurs au projet de recherche :

Dre Linda Bell, professeure, École des Sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke. Mme Myrienne Ferland, étudiante à la maîtrise en sciences cliniques (Sciences infirmières). Mme Marie-Estelle Couture, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

Commanditaire au projet de recherche ou organisme subventionnaire :

FIR (Fonds institutionnel de recherche de l'UQAR, Campus de Lévis)

Introduction :

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, il est important de prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement décrit le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages et inconvénients. Il précise votre droit de mettre fin à votre participation en tout temps. Finalement, il présente les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent document peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. N'hésitez pas à communiquer avec le responsable du projet de recherche ou son représentant pour obtenir des explications supplémentaires ou pour toute autre information que vous jugerez utile.

Révisé le 08/05/14 int. \_\_\_\_\_

Description et but du projet de recherche :



Nous réalisons une enquête auprès de 122 mères âgées de plus de 18 ans en bonne santé ayant donné naissance à un enfant à terme et en bonne santé. Le but de la présente étude est de documenter le lien entre la dépression postnatale, la sensibilité maternelle et la perception qu'à la mère du tempérament de l'enfant avec la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant. Cette étude sera réalisée à compter du mois de juin 2008 jusqu'à la fin mars 2009 .

Révisé le 08/05/14 int. \_\_\_\_\_

#### Nature et durée de la participation au projet de recherche :

La participation au projet de recherche est sur une base volontaire. Votre contribution à la présente étude consiste à compléter, avec l'aide de l'assistante de recherche, un questionnaire avant votre sortie de l'hôpital. Par la suite, il s'agira pour vous de compléter trois autres questionnaires envoyés par la poste, soit un lorsque votre bébé sera âgé de un mois, trois mois et un autre lorsque votre bébé sera âgé de 6 mois. En résumé :

Moment	Votre implication
Avant la sortie de l'hôpital	Compléter un questionnaire avec l'assistante de recherche. Durée : environ 30 minutes
Lorsque votre bébé est âgé de 1 mois	Compléter un questionnaire envoyé par la poste. Durée : environ 30 minutes
Lorsque votre bébé est âgé de 3 mois	Compléter un questionnaire envoyé par la poste. Durée : environ 45 minutes
Lorsque votre bébé est âgé de 6 mois	Compléter un questionnaire envoyé par la poste. Durée : environ 10 minutes

#### Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche :

Votre participation à cette étude ne comporte pas d'avantage particulier pour vous. Cependant, plusieurs mères ayant participé à des projets semblables ont le sentiment de contribuer au développement de la connaissance en période postnatale et peut être de mieux connaître leur bébé.

#### Inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche :

Vous ne courrez aucun risque pour votre santé ou celle de votre bébé en répondant à ce questionnaire. Le principal inconvénient est le temps requis pour compléter les questionnaires. Si vos résultats à l'échelle de dépression sont élevés vous serez référée pour une évaluation psychiatrique à l'équipe de psychiatrie sous la supervision du Dr. Marie-Josée Poulin psychiatre et responsable de la clinique de psychiatrie périnatale à l'Hôpital Robert-Giffard, institut de santé mentale de Québec. Si tel est le cas, l'assistante de recherche prendra contact avec l'infirmière clinicienne de la clinique de psychiatrie périnatale, Madame Émilie Côté, qui communiquera par la suite avec vous. À la suite de votre évaluation, vous serez référée dans votre région pour traitement si besoin. Révisé le 08/05/14 int. \_\_\_\_\_

#### Compensation financière :

Aucune compensation financière ni indemnisation n'est prévue pour votre participation à cette étude. Cependant, les chercheuses s'engagent à vous faire parvenir les résultats de cette étude.

Retrait de la participation au projet de recherche :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous avez le droit de vous retirer en tout temps et de ne pas remettre votre questionnaire ou encore de ne pas répondre

à certaines questions avec lesquelles vous auriez un malaise. Le retrait de la participation au projet peut se faire par un simple avis verbal.

Arrêt du projet de recherche :

Votre participation se terminera lorsque votre bébé sera âgé de six mois.

Accès au dossier médical, si applicable :

Nous vous demandons votre accord pour recueillir des données dans votre dossier médical et celui de votre bébé afin d'y recueillir les informations suivantes :

Mère	Bébé
Dossier obstétrical :	Date de la naissance
Âge	Sexe
Antécédents médicaux	Poids
Médecin de famille	Apgar 1 minute et 5 minutes
Nationalité	Est-ce que le bébé a reçu un
Nombre de semaines de gestation	complément ?
Type d'accouchement	
Anesthésie avec épidurale	
Problèmes particuliers à l'accouchement	
Déclaration de naissance vivante :	
État civil	
Nombre d'années de scolarité	

Accès aux données de recherche :

Les personnes qui auront accès aux données de recherche sont les chercheurs et les assistantes de recherche ainsi que le comité d'éthique de la recherche.

Révisé le 08/05/14 int. \_\_\_\_\_

Les données recueillies dans cette étude pourraient être utilisées pour des études ultérieures dans les cinq prochaines années.

J'accepte que les données que je fournirai pour cette étude puissent être réutilisées pour des études ultérieures dans les cinq prochaines années soit jusqu'à la fin septembre 2013.

---

**Signature de la participante**

Autorisation de communiquer les résultats :

Les résultats de la recherche seront publiés sous le couvert de la confidentialité. Votre identité personnelle ne pourra être reconnue lors de la communication des résultats.

Confidentialité :

Les questionnaires seront complétés de manière à préserver la confidentialité des participantes. Les questionnaires sont numérotés et aucun nom ne figure sur le questionnaire. De plus, par mesure de sécurité, les questionnaires seront conservés sous clé au Département des sciences infirmières de l'UQAR au Campus de Lévis pendant une durée de dix ans. Les formulaires de consentement également conservés sous clé dans un fichier distinct de celui regroupant les questionnaires.

Registre :

Conformément à la mesure 9 du Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique qui concerne l'identification des personnes qui prêtent leur concours à des activités de recherche en respectant la confidentialité, vos coordonnées seront inscrites au registre des participants qui est tenu par le responsable du projet de recherche.

Accès au chercheur et procédure d'urgence :

Si vous avez des questions, quelles qu'elles soient concernant cette étude, vous pouvez rejoindre la chercheuse principale Dre Marie Lacombe au numéro de téléphone suivant : (418)-833-8800 (3298)

En cas de plainte :

Pour tout problème concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez, après en avoir discuté avec la personne responsable du projet, expliquer vos préoccupations au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôtel-Dieu de Lévis, M. André Roy, que vous pouvez joindre au numéro (418)- 835-7284.

Révisé le 08/05/14 int. \_\_\_\_\_

Surveillance éthique du projet de recherche :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Hôtel-Dieu de Lévis a approuvé ce projet de recherche et s'assure du respect des règles éthiques durant tout son déroulement. Pour toute information, vous pouvez joindre madame Suzanne Chayer, secrétaire-trésorière du comité d'éthique de la recherche, ou son représentant, au (418) 835-7121, poste 1360.

Déclaration du chercheur ou de son représentant :

Par la présente, je certifie que le participant pressenti à ce projet de recherche a été informé de la nature du projet de recherche, des exigences, des avantages et inconvénients, des risques relatifs à ce projet de recherche, ainsi que des autres traitements possibles dans son cas. Aucun problème de santé, aucune barrière linguistique, ni aucun problème au niveau de l'instruction ne semble l'avoir empêché de comprendre ses implications en tant que participants à ce projet de recherche.

« Je, soussigné, \_\_\_\_\_, certifie :

- a) avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire ;
- b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ;
- c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. »

Révisé le 08/05/14 int. \_\_\_\_\_



Consentement du participant :

En signant ce Formulaire de consentement, je ne renonce aucunement à mes droits ni ne libère le chercheur responsable du projet de recherche et le commanditaire de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Je déclare avoir lu et pris connaissance du projet de recherche, de la nature et de l'ampleur de ma participation. Une copie sera également déposée dans mon dossier médical.

Je, soussigné, consens, par la présente, à participer à ce projet de recherche.

\_\_\_\_\_

Nom du participant

Signature du participant

\_\_\_\_\_

Nom d'un témoin

Signature du témoin

\_\_\_\_\_

Nom du représentant (si applicable)

Signature du représentant (si applicable)

Fait \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_,  
le \_\_\_\_\_.

Révisé le 08/05/14 int.\_\_\_\_

**ANNEXE F - APPROBATION DE LA PRÉSENTE ÉTUDE AU COMITÉ  
D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU CHUS**

**APPROBATION ET ATTESTATION**  
**Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du**  
**Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke**

APRIL Marie-Josée, Ph.D. spécialiste en éthique, vice-présidente  
 BEAUPRÉ, Me Michèle, avocate, extérieur  
 BOLDUC, Brigitte, pharmacienne, CHUS  
 BOURGAULT, Patricia, Ph.D., infirmière, FMSS  
 BRODEUR, Louise, représentante du public  
 CLOUTIER, Sylvie, pharmacienne, CHUS  
 CLOUTIER, Yvan, éthicien, extérieur  
 CYR, Claude, M.D. pédiatre, CHUS  
 DESROSIERS, Nicole, représentante du public (substitut)  
 GAGNÉ, Ginette, représentante du public  
 GIRARDIN, Colette, M.D. département de pédiatrie, CHUS  
 GRÉGOIRE, Nathalie, avocate, extérieur  
 LEBLOND, Julie, pharmacienne, CHUS  
 ROBERGE, Jean-Pierre, représentant du public  
 ROUSSEAU, Marie-Pierre, Pharmacienne, CHUS  
 TÉTRAULT, Jean-Pierre, anesthésiologiste, CHUS, président

En raison de son implication dans le projet de recherche, la personne suivante, membre du comité d'éthique, n'a pas participé à son évaluation ou à son approbation S/O

**Approbation demandée par:** Dre Linda Bell

**Pour le projet # 09-104**

Les facteurs associés à l'arrêt de l'allaitement maternel avant trois mois.

**Approbation donnée par la présidence le 24 juillet 2009 pour 12 mois.**

- ☒ Protocole complet : Juillet 2009
- ☐ Formulaire de consentement principal : 14 mai 2008 v. française
- ☐ Autre formulaire de consentement :
- ☐ Questionnaire(s) : Temps 1 (48 heures), Temps 2 (1 mois), Temps 3 (3 mois), Temps 4 (3 mois)
- ☐ Amendement # : . Date amendement :
- ☐ Autre :

Brochure / Monographie reçue pour évaluation:

En ce qui concerne l'essai clinique visé, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche, je certifie que:

1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques, et
3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.

**Signé par:**

\_\_\_\_\_  
 / Jean-Pierre Tétrault, M.D.  
 Président du comité

24 juillet 2009

\_\_\_\_\_  
 Date de la signature

**ANNEXE G - AUTORISATION D'UTILISATION DE LA BASE DE  
DONNÉES DE L'ÉTUDE PRINCIPALE**



Myrienne Ferland  
Étudiante à la maîtrise en sciences cliniques (sciences infirmières)

Lévis le 03 juillet 2009,

Objet : Utilisation de la base de données

Par la présente, j'autorise madame Myrienne Ferland à utiliser la base de données principale de l'étude portant sur l'impact de la dépression postnatale, de la sensibilité maternelle et de la perception de mère du tempérament de l'enfant sur la poursuite de l'allaitement jusqu'à 6 mois de vie de l'enfant. Les données utilisées seront pour son étude sur les facteurs associés à l'arrêt de l'allaitement maternel avant 3 mois. Les données devront respecter les considérations éthiques soumises pour l'étude principale.

Marie Lacombe, Ph. D.  
Professeure Département des sciences infirmières  
Université du Québec à Rimouski  
Campus de Lévis  
1595, Blvd-Alphonse-Desjardins  
Lévis (Québec) Canada G6V0A6  
Téléphone : (418) 833-8800 poste 3298  
Courriel : [marie\\_lacombe@uqar.qc.ca](mailto:marie_lacombe@uqar.qc.ca)